Rok L. Kraków, dnia 25. listopada 1911. Nr 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

O gorączce menstruacyjnej u kobiet gruźliczych (z uwzględnieniem niektórych objawów patologicznych).

Przez

Dra Kazimierza Dłuskiego.

Gorączka »menstruacyjna«, wykryta przed kilkunastu laty przez Turbana u kobiet gruźliczych, stanowiąc odtąd przedmiot licznych badań, nie jest jeszcze należycie wyjaśnioną. Jak poniżej zobaczymy, zdania klinicystów o jej częstości, chwili pojawiania się, wreszcie jej stosunku do gruźlicy i t. d. bardzo się pomiędzy sobą różnią. Odrazu nasuwa się pytanie, gdzie leży przyczyna tych różnic w poglądach? Wydaje się nam, iż przyczyna zasadnicza polega na tem, iż dotąd ani gorączka, ani miesiączkowanie teoretycznie nie są dostatecznie wyjaśnione, że cały szereg ważnych spraw biologicznych, z niemi związanych, nie znalazł również pomimo licznych badań i poszukiwań należytego wyjaśnienia, a więc związek między miesiączką (M) i gruźlicą (T) [1]) nie może być dziś jeszcze bliżej określony. Już samo określenie gorączki przez wynalazcę ośrodka ciepło-twórczego, Aronsohna, które brzmi: »wzniesienie ciepłoty, wywołane przez podrażnienie ośrodka wytwarzającego ciepło przy jednoczesnem wzmożeniu przemiany materyi i przyspieszeniu tętna i oddechu«, ([1]) nie tłómaczy nam całego kompleksu zjawisk patologicznych, choć bardzo udatnie usiłuje zamknąć w ogólnej formule niektóre ważne zjawiska, zachodzące w ustroju podczas gorączki. — Jeśli przyjmiemy taką ogólną formułę, to odrazu zjawia się pytanie z powodu poglądów Krehla i Bergla, przytoczonych przez Aronsohna, a mianowicie, czy gorączka może powstawać bez udziału układu nerwowego w tkankach wskutek ich rozpadu pod wpływem działania na nie ciał białkowych? Zachodzi duża wątpliwość, czy pytanie takie jest dziś ostatecznie rozstrzygnięte. — Obok niego zjawia się drugie pytanie, jak się zdaje, ważniejsze jeszcze pod względem teoretycznym i klinicznym. Jeśli pominiemy gorączkę doświadczalną, wywołaną przez bezpośredni uraz (ukłucie) ciał prążkowanych (corpora striata), to wogóle ze słowem gorączka związane jest dziś pojęcie o podrażnieniu tego ośrodka na drodze zakażenia lub intoksykacyi. Tymczasem, pomijając już gorączkę »humoralną«, nie jest rozstrzygnięta sprawa gorączki tak zwanej »nerwowej« lub »psychicznej (»suggestyjnej«). Strümpell [2]) wprawdzie idzie tak daleko, że zwolennikom »czystej nerwowej« gorączki przypisuje brak dokładnego spostrzegania chorych, my jednak nie możemy pominąć opinii badaczy, którzy się tą sprawą specyalnie zajmowali i istnienie tej »nerwowej« gorączki uważają za fakt, a nie za urojenie. Pozwolimy tu sobie przytoczyć między innymi Gluzińskiego ([14]) i Aronsohna, który znajduje aż 10 różnych odmian tej gorączki ([2]) i podaje przykłady nieprawdopodobnych wzniesień ciepłoty do 49, a nawet do 55 C⁰ po wstrząśnieniach nerwowych przy prawidłowym zresztą stanie osobników ([1]). Mamy zresztą nasze własne spostrzeżenia na korzyść tej opinii. — Również gorączka psychiczna (»suggestyjna«) ma za sobą szereg spostrzeżeń i nie może być »levi manu« odrzucona. Pozwolimy sobie powołać się tu między innemi na spostrzeżenia Fürsta, oraz Köhlera i Behra. Jeśli taki czynnik, jak zakażenie i intoksykacya odgrywa dominującą rolę w powstawaniu gorączki, to znów czynnik nerwowy i psychiczny nie może być całkowicie zapoznany, a zwłaszcza u osobników z układem nerwowym o podniesionej do wysokiego stopnia pobudliwości, jak to się dzieje w gruźlicy. Pytanie więc, czy układ nerwowy sam przez się nie odgrywa pewnej roli w gorączce »menstruacyjnej«? — Ale, pomijając już zagadnienia sporne czysto teoretyczne, które jednak na gruncie klinicznym odbijają się echem wątpliwości lub niepewności, jedna z najważniejszych spraw, a mianowicie sprawa przemiany materyi w gorączce nie jest jeszcze dostatecznie zbadana. Nie jest naszem zadaniem wchodzić w szczegóły, pozwolimy sobie powołać się tu między innymi na opinię Rollyego, który powiada, iż pomimo licznych badań dotyczących przemiany materyi w gorączce, »nie udało się jeszcze rzucić światła na najważniejsze zagadnienia« i zaznacza, że »o jakościowej stronie przemiany materyi w gorączce wiemy tyle, co nic« ([42]), oraz na Magnusa-Alslebena, który twierdzi, że u ciężko chorych na gruźlicę przemiana materyi może pozostawać w granicach niemal prawidłowych. Jeśli dotykamy tej sprawy, to z tej przyczyny, że sprawa przemiany materyi podczas miesiączkowania — jak niżej zobaczymy — nie jest należycie wyświetlona i napotyka na

[1]) Uwaga. Ciepłotę będziemy stale oznaczali przez skrócenie przez literę T, miesiączkowanie zaś przez literę M.

[2]) Ueber das sogenannte Hyster-Fieber«. Spraw. w Münch. m. W.« 1906, Nr 23.

różne sprzeczności. Jeśli zaś przemiana materyi w gorączce z jednej strony, w miesiączkowaniu z drugiej strony nie jest dostatecznie zbadana, to stąd a priori wypada logiczny wniosek, że stosunek miesiączkowania do gorączki, gdzie podstawą są właśnie zaburzenia w przemianie materyi, nie może być dokładnie określony. Ale to sprawa dalszego rozważania. — Tymczasem chcielibyśmy zwrócić uwagę jeszcze na jedną ważną okoliczność. Wiadomą jest rzeczą, iż w pewnych okresach miesiączkowania ustrój, jak o tem świadczy cały szereg zjawisk patologicznych, znajduje się w stanie zmniejszonej odporności. Otóż byłoby rzeczą niepośledniej wagi wiedzieć, czy gorączka »menstruacyjna« działa w kierunku zmniejszenia, czy też podniesienia tej odporności? Dlatego jednak musiałoby być pierwej rozstrzygnięte zasadnicze pytanie, a mianowicie, czy gorączka wogóle pomaga ustrojowi do samoobrony przed zakażeniem lub intoksykacyą, czy też obniża siły odporne, jednem słowem, czy jest zjawiskiem dodatniem, czy też szkodliwem dla niego. W tym względzie zdania są bardzo podzielone. Lüdke w swych doświadczeniach nad zwierzętami dochodzi do wniosku, że gorączka może wpływać na wzmożenie i przyspieszenie wytwarzania się odtrutek (Antikörper) i na wzmożenie zdolności do łączenia się antygenu z odtrutką. Zaś Aronsohn i Citron ([3]) w swych doświadczeniach u zwierząt nie znajdują wogóle zwiększenia ani niweczników (Antikörper), ani dopełniacza [3]). Rolly formułuje swą opinię, opartą również na osobistych badaniach, w ten sposób, że umiarkowana gorączka wywiera wpływ bardziej dodatni, niż ujemny, na dążenie ustroju do szybszego uwolnienia się od drobnoustrojów i ich toksyn lub ich zobojętnienia ([41]). Jak widzimy, sprawa jasną nie jest, a tymczasem ma ona bardzo blizki związek ze sprawą stosunku miesiączkowania do ciepłoty, co chyba zbyteczna dowodzić.

Wreszcie sama istota miesiączkowania nie jest pod względem fizyologicznym dostatecznie wyjaśniona. Biedl n. p. wykazuje niezależność miesiączkowania od jajeczkowania (owulacyi), które to miesiączkowanie w $1/_3$ wypadków odbywa się z nią niejednocześnie. Utrzymuje dalej, że specyalne hormony regulują całą korelacyjną działalność jajników, oraz, że istota miesiączkowania polega właściwie nie na krwawieniu, lecz na okresowo odbywającej się przemianie błony śluzowej macicy, — miesiączkowanie zaś jest tylko częściowym tej przemiany objawem. (Zauważmy mimochodem, że w takich poglądach wyprzedzili Biedla o lat kilkadziesiąt francuzcy klinicyści, jak: Aran i Girodet, (przyt. przez Rib.-Dessaignes), Ribemont-Dessaignes, Tarnier). — Inni zaś autorowie stawiają miesiączkowanie w bezpośrednim przyczynowym związku z jajeczkowaniem. Schaeffer streszcza takie poglądy w krótkich słowach: »Ohne Ovulation keine Menstruation«. A dalej napotykamy nowe niejasności w samej biologicznej osnowie miesiączkowania. Na miejsce dawnej teoryi Pflügera, która na drodze odruchu nerwowego tłómaczyła cały szereg powikłanych spraw biologicznych i została podcięta w swych osnowach przez doświadczenia Halbana, powstała teorya biochemiczna, która te sprawy usiłuje wyjaśnić przez działanie wewnętrznej wydzieliny jajników na ustrój. Ale dziś nie jest nam jeszcze bliżej znane nawet samo źródło tej wydzieliny. Wedle A. Fränkla jest niem ciałko żółte [4]). Bouin zaś (przytoczony przez Biedla) i Biedl uważają za miejsce, w którem się ona wytwarza, grupę komórek, stanowiących t. zw. »glande interstitielle«. Nie jest również bliżej określona — jak powiada Biedl — chemiczna istota tej wydzieliny, choć jedna z jej właściwości, jak wypada z doświadczeń Schickelego, — antagonistyczna w stosunkach do właściwości wydzieliny nadnercza i przysadki mózgowej, — a mianowicie, hamujący wpływ na krzepliwość krwi i obniżenie jej ciśnienia, wydaje się dziś już ustaloną. Wreszcie nie jest jeszcze na drodze doświadczalnej dostatecznie wyjaśniony stosunek jajników do innych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, choć badania ostatniej doby rzuciły już sporo światła na tę pierwszorzędnej wagi sprawę biologiczną i ustaliły zgodnie z eksperymentem pewne typy kliniczne (n. p. dystrophia adiposogenitalis lub gigantismus infantilis).

Tem samem rola hormonów »asymilacyjnych« i »dezasymilacyjnych« w sprawie miesiączkowania na tle ogólnej »korelacyi chemicznej« ustroju nie jest bliżej znana [5]). Chyba jasnem jest, że dopiero bliższe określenie tej »korelacyi« może rozstrzygnąć cały szereg sprzeczności i niejasności, związanych ze sprawą miesiączkowania. — Na pierwszem miejscu mamy na widoku sprawę przemiany materyi i bezpośrednio z nią związaną sprawę ciepłoty. Jeśli dotkniemy przemiany materyi w M, to widzimy duże sprzeczności w poglądach poszczególnych autorów.

Schrader (przytoczony przez Schaeffera), Rabuteau i Ver Ecke (przyt. przez L. Zuntza) twierdzą, iż przemiana materyi jest mniejsza podczas, niż przed M. — Robin i Binet (przyt. przez L. Zuntza) przeciwnie, że największa podczas M. — Nary Jacoby (przyt. przez L. Zuntza) znajduje mniejszą po, niż podczas M. — Riebold, a zwłaszcza L. Zuntz, na podstawie własnych doświadczeń, nie znajdują niemal żadnej różnicy: przed, podczas lub po M.

Odpowiednio do tych sprzeczności doświadczenia fizyologiczne autorów dają różne wyniki. Ott i Zicharew np. twierdzą, że energia życiowa kobiety dosięga maximum przed M, Bossi zaś, wręcz przeciwnie, określa minimum tej energii właśnie przed M, z tego względu, iż toksyczne substancye, zawarte w wydzielinie jajników, opuszczają ustrój razem z wydzielaniem się krwi.

---

[3]) Barankiejeff, wywołując u królików gorączkę przez ukłucie doszła do wniosku, że gorączka zmniejsza wrodzoną ich odporność przeciw drobnoustrojom (gronkowce, paciorkowce i prątek (pneumobacillus) Friedländera.

[4]) Klein szczegółowo określa skład tej wydzieliny, czyli, »ooforyny«. Wedle niego ma się ona składać z: »follikuliny«, »owuliny« i »luteiny«.

[5]) Artykuł niniejszy był już na ukończeniu, gdy pojawił się artykuł Prof. Popielskiego »Teorya hormonów w oświetleniu faktów« (Lwowski Tygodnik lek. Nr 29, 1911), w którym autor na podstawie własnej teoryi o wazodylatynie odrzuca zupełnie istnienie hormonów. Rozstrzyganie zagadnień tego rodzaju przekracza zupełnie granice naszej kompetencyi. Ale autor powiada: »Rozmaite narządy oddziałują na siebie zapomocą ciał chemicznych, ale jeszcze w większym stopniu zapomocą nerwów«. — W całym naszym artykule kładziemy nacisk na to, że dziś bliżej nie są znane właściwości wydzieliny jajników i jej stosunku do wydzielin innych narządów. Byłoby również pożądane dokładne wyświetlenie roli nerwów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do nauki o nowotworach w klatce piersiowej.

Podał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz.

Pierwotne nowotwory w klatce piersiowej należą bezsprzecznie do rzadszych zjawisk chorobowych. Najczęściej wychodzą one z grasicy, gruczołów oskrzelowych, z miąższu płucnego i opłucnej (William Osler: »Lehrbuch der internen Medizin 1909), tudzież z tkanki łącznej śródpiersia (Eichhorst: Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie für innere Krankheiten 1904). Na 10,829 sekcyi, dokonanych w instytucie patologicznym monachijskim w ciągu ostatnich 10 lat (Seydel: Münchener med. Wochs. Nr 10, 1910) stwierdzono wogóle obecność nowotworów w klatce piersiowej 1342 razy, t. j. 12·4%.

Hare stwierdził na 520 przypadków nowotworów śródpiersia: 134 razy — raka, 98 razy — mięsaka, 21 razy gruczolaka limfatycznego (lymphoma), 7 razy włókniaka, 11 razy — skórzaki, 8 razy wieńcogłówkę, tudzież tłuszczaki, gumiaki, chrząstniaki pojedyncze. Według niego w śródpiersiu najczęściej pojawia się rak, a potem mięsaki. W 48 przypadkach raka i 33 przypadkach mięsaka nowotwór usadowił się wyłącznie w śródpiersiu przedniem. Według statystyki Strauscheida na 112 przypadków nowotworów śródpiersia stwierdzono: 46 razy raka, 30 razy mięsaka, 12 razy skórzaki, 8 razy gruczolaki limfatyczne, 5 razy włókniaki, 3 razy wieńcogłówkę, raz guzy białaczkowe, gumiaki, mięsako-raka (sarcoma carcinomatodes), chrząstniaka kostnawego (osteoidchondroma), potworniaka (teratoma myomatodes).

Nowotwory opłucnej (Eichhorst) występują jako raki, mięsaki, a rzadko włókniaki, chrząstniaki i torbiele skórzaste. Praktyczne znaczenie mają raki i mięsaki. Mięsaki rzadziej się pojawiają. Raki na opłucnej są prawie zawsze pochodzenia wtórorzędnego, choć rzadko pojawiają się i pierwotnie pod postacią t. zw. śródbłoniaków (Wagner, Fränkel, Riedel), rozwijając się z środbłonka naczyń limfatycznych opłucnych.

Nowotwory w płucach są wogóle rzadkie. Wiele z nich ma znaczenie tylko wyłącznie anatomo-patologiczne i tylko rak i mięsak płuc mają znaczenie kliniczne. Oprócz raków i mięsaków pojawiają się w płucach włókniaki, tłuszczaki, chrząstniaki (Pollak), kostniaki (Devis, S. Pariot, Arnsperger, Przewoski), torbiele skórzaste i niekiedy nowotwory mieszane. Przewoski opisał włókniaka, który zajmował górny i średni płat płuca prawego i dosięgał znacznych rozmiarów. Seydel na 1342 przypadków nowotworów klatki piersiowej stwierdził 184 razy zajęcie płuc i opłucnej sprawą nowotworową, t. j. 13·7%; z tych 73·4% stanowiły przerzuty (135 przyp.); w 9·8% (18 przyp.) nowotwór przechodził bezpośrednio z sąsiednich narządów na płuca, a w 16·8% (31 przyp.) pierwotnie usadowił się w miąższu płucnym. Wogóle raki pierwotne w miąższu płucnym są rzadkie, a bardzo rzadkie mięsaki; zwykle są one pochodzenia wtórorzędnego. Reinhard zebrał w literaturze zaledwie 27 przypadków pierwotnego raka płuc.

Toż samo i nowotwory na osierdziu są rzadkie; niekiedy dosięgają wielkich rozmiarów, następnie rozrastają się w tkance śródpiersia tak, iż sprawiają wrażenie, jakoby pierwotnie ze śródpiersia się rozwinęły. Mięsaki i raki na osierdziu powstają najczęściej wtórorzędnie i to przechodząc bezpośrednio z sąsiednich narządów, a więc z przełyku, grasicy i t. d., rzadko jako przerzuty. Förster i Guarnieri opisali po jednym przypadku pierwotnego raka worka osierdziowego. Bardzo rzadko spotyka się na osierdziu włókniaki, tłuszczaki, chrząstniaki, gruczolaki limfatyczne; mają one wyłącznie prawie tylko znaczenie anatomo-patologiczne. Tak samo znaczenie anatomo-patologiczne mają i nowotwory mięśnia sercowego.

Na 26 przypadków pierwotnego nowotworu w mięśniu sercowym stwierdził Berthenson 9 razy mięsaka, 7 razy śluzaka, 6 razy włókniaka, 2 razy raka i tłuszczaka.

Na szczególniejszą uwagę tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego zasługują nowotwory w klatce piersiowej, których punkt wyjścia stanowią żebra i mostek, t. zw. chrząstniako-mięsaki kostnawe (osteoidchondrosarcomata). Najczęściej rozwijają się one z ochrząstnej, a bardzo rzadko z samych żeber (Pathologisch-anatomische Diagnostik von Johannes Orth. Berlin, 1894 i Virchow: Die krankhaften Geschwülste I. pag. 438, 501, 534); okazują utkanie złożone z tkanki kostnawej chrząstkowej i łączno-komórkowej, zawierającej wysepki zwapniałe (bösartiges Osteoid Johanna Müllera) i odznaczają się znacznym rozrostem i skłonnością do tworzenia takich samych ognisk przerzutowych w narządach wewnętrznych. Według Seydla i Karewskiego każdy guz na klatce piersiowej, a zwłaszcza na żebrach i mostku należy już w samym zaczątku doszczętnie usunąć wraz z przylegającą opłucną i częścią płuca, gdyż guzy te okazują częstokroć budowę mieszaną, a częściej jeszcze są mięsakami złośliwymi, które przy względnie nieznacznem, ograniczonem wypukleniu klatki piersiowej na zewnątrz rozrastają się szybko do jamy klatki piersiowej i przez swą wielkość wywołują ucisk i przesunięcie narządów w klatce piersiowej.

W czerwcu b. r. miałem sposobność spostrzegać na moim oddziale przypadek nowotworu klatki piersiowej, który tak ze stanowiska klinicznego, jak i anatomo-patologicznego przedstawiał niezwykłe właściwości.

Józef Ż., lat 28 liczący, strażnik policyjny z S. (Królestwo Polskie), zauważyć miał od 7 miesięcy na klatce piersiowej w okolicy sutka prawego ograniczone wypuklenie, które odtąd zwolna nieznacznie się powiększało. Zrazu chory odczuwał tylko od czasu do czasu nieznaczne dreszczyki i ból w prawej połowie klatki piersiowej przy głębszem oddychaniu — i dopiero od 4 tygodni doznaje ciągłego dotkliwego bolu w boku prawym, gorączkuje i poci się rozpływnie. W ostatnich kilku dniach do powyższych przypadów chorobowych dołączyła się bardzo znaczna duszność z osłabieniem, tak, iż chory z trudnością może leżeć i przeważnie tylko siedzi. Z powodu tej znacznej duszności i gwałtownego ubytku sił chory zgłosił się na dniu 23. czerwca b. r. na oddział chorób wewnętrznych krajowego szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie też przyjęty został.

Stan ówczesny chorego: Osobnik wzrostu średniego, o dość silnej budowie ciała. Skóra twarzy blado-siną. Na-

czynia żylne na klatce piersiowej i w górnej części brzucha nieznacznie rozszerzone. Kościec prawidłowo rozwinięty. Ciepłota ciała 36·6° C. Gruczoły chłonne zewnętrzne prawidłowe, nie powiększone. Klatka piersiowa po stronie prawej silniej wysklepiona i tamże międzyżebrza wygładzone. W okolicy sutka prawego na klatce piersiowej widoczne wypuklenie ograniczone, wielkości małej pięści człowieka dorosłego. Skóra w tem miejscu ruchoma, przesuwalna, a pod nią można wyczuć gładkie wypuklone żebra i międzyżebrza. Guz ten nie jest za uciskiem bolesny, nie tętni; jest dość oporny. Ruchomość klatki piersiowej po stronie prawej znacznie upośledzona. Klatka piersiowa nieco wdechowo ustawiona. Odgłos wypukowy po całej stronie prawej na klatce piersiowej stłumiony, przez co stłumienie na klatce piersiowej łączy się ze stłumieniem wątrobowem. Szmery oddechowe tamże prawie zupełnie zniesione i tylko w wązkim pasie przykręgowym, t. j. między wewnętrznym brzegiem łopatki prawej, a kręgosłupem, szmery oddechowe oskrzelowe bez rzężeń i świstów. Po stronie lewej klatki piersiowej dolna granica płuca lewego sięga z przodu w linii sutkowej do 3. żebra, a z tyłu w linii przykręgowej do dolnego brzegu 11. żebra; mało ruchoma. Odgłos opukowy tamże z przodu i z tyłu od szczytu aż do grzebienia łopatki przytłumiono-bębenkowy, a szmery oddechowe oskrzelowe, pokryte nielicznemi rzężeniami; poniżej grzebienia łopatki aż do podstawy płuca lewego wypuk jawno-bębenkowy, a szmery oddechowe zaostrzone, pokryte dość licznymi świstami i furczeniami. Nakłucia próbne, dokonane kilkakrotnie w guzie samym, jakoteż w prawej połowie klatki piersiowej w różnych miejscach, nie wykazały nigdzie obecnośei jakiegokolwiek płynu, a opór, na jaki igła natrafiała przy dokonywaniu powyższego zabiegu, nie był jednostajny; mianowicie igła początkowo wchodziła dość lekko, a potem zatrzymywała się, jakby na jakiej twardej przeszkodzie i dopiero przemocą można było wbić ją głębiej. Nakłucia pomimo dość forsownego zabiegu były mało bolesne. Liczba oddechów na minutę 30; dość znaczna duszność, orthopnöe. Plwociny ropne w skąpej ilości, zawierały prątki Kocha. (Czaplewski = $\frac{10}{1}$, $\frac{15}{}$).

Serce znacznie przesunięte na lewo w klatce piersiowej. Uderzenie koniuszkowe serca w 6. lewem międzyżebrzu w linii pachowej przedniej, oporne. Wymiary serca nie dają się bliżej oznaczyć, gdyż od góry i na prawo łączy się stłumienie serca ze stłumieniem od klatki piersiowej. Tony serca głuche. Tętno regularne, na obu tętnicach sprychowych równoczesne, 120 na minutę. Riva-Rocci 115 mm.

Język wilgotny, czysty, bladosiny. Brzuch miernie wzdęty. W jelitach mierna ilość gazów i kału. Wątroba powiększona, śledziona macalna. Badanie moczu dokonane w zakładzie chemii lekarskiej c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie stwierdziło, co następuje: Barwa winowożółta, c. g. 1·033, przeźroczystość prawie zupełna, odczyn kwaśny, osad zwiększony, urochrom zwiększony, urobilina prawidłowa, indykan b. silnie zwiększony, mocznik zwiększony, kwas moczowy zwiększony, chlorki prawidłowe, fosforany ziem alkaliów i fosforany potasowców silnie zwiększone, białka, cukru gronowego, acetonu, kwasu acetooctowego, barwików krwi i żółciowych, ani innych składników nieprawidłowych niema; osad pod drobnowidem zawiera pojedyncze kryształy szczawianu wapniowego, nabłonek płaski pojedynczo, dużo śluzu, leukocyty.

Badanie krwi wykazało: Hb. 58° (Sahli), krwinki czerwone 4,200.000, krwinki białe 12.400; wskaźnik 0·7; preparaty barwione (Jänner): neutrofile 60·5%, limfocyty małe 13·8%, limfocyty duże 8·8%, eozynowe 5·8%, bazofilne 1·1%, przejściowe 7·7%, myelocyty 2·1%.

Chory pozostawał w szpitalu przez 10 dni. W czasie spostrzegania klinicznego stwierdzono zawsze świadomość zupełnie utrzymaną; zupełnie prawidłowe źrenice; znaczną, ustawiczną duszność, głównie wdechową, od czasu do czasu z przedłużonymi, głębokimi oddechami, orthopnöe, przyczem liczba oddechów wynosiła 30—48 na minutę; tętno miękkie, regularne, równoczesne na obu tętnicach sprychowych, około 120; ciepłotę ciała od 36·6°—36·9° C; mierną sinicę na twarzy. Wśród coraz większej duszności chory zmarł nagle.

Rozpoznanie kliniczne opiewało: Tumor mediastini, Compressio bronchi ac pulmonis dextri. Adhaesiones pleuriticae d. Tuberculosis pulmonum. Dilatatio ac dislocatio cordis in partem sinistram thoracis.

Oględziny pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Prof. Dra Glińskiego w dniu 5. VII. b. r. wykazały, co następuje:

Rozpoznanie anatomiczne: Osteoid-sarcoma costae VI. dextrae in cavum pleurae dextrae et mediastinum anticum crescens. Atelectasis totalis pulmonis d. e compressione c. neoplasmate. Dislocatio cordis in partem sinistram thoracis. Dislocatio et aplanatio hepatis. Hyperaemia recens passiva organorum internorum. Tuberculosis pulmonum. Caverna tuberculosa obsoleta in regione apicis pulmonis sin. Nodi tuberculosi caseosi dispersi pulmonis d. et partis superioris pulmonis sin. Bronchitis catarrhalis diffusa.

Budowa dobra; odżywienie miernc. Skóra na twarzy sino zabarwiona. Tkanka podskórna bez obrzęków.

Klatka piersiowa szeroka i obszerniejsza po stronie prawej, niż po lewej. Na bocznej części klatki piersiowej po stronie prawej zaznacza się obecność guza wielkości pięści, ze skórą nie zrośniętego, unoszącego ponad sobą mięśnie i skórę. Przy dokładnem oglądaniu widać, iż w obręb tego guza wchodzi VI. żebro prawe, które, przebiegając wśród guza, bardzo znacznie wrzecionowato grubieje i jest zastąpione przez tkankę nowotworową, która stąd szerzy się głównie w głąb klatki piersiowej, tworząc olbrzymich rozmiarów narośl, wypełniającą całkowicie prawą jamę opłucną i śródpiersia, ściśle pozrastaną ze ścianami klatki piersiowej (najściślej jednak w obrębie VI. żebra), odpychającą całkowicie worek osierdziowy wraz z jego zawartością na stronę lewą i spychającą znacznie w dół przeponę po stronie prawej. Guz ten na przekroju ma wejrzenie niejednostajne; wogóle jest zbity, twardy, z bardzo mnogiemi, wyraźnemi już makroskopowo gniazdami kostnemi; miejscami posiada wejrzenie jednolite, białawe, miejscami galaretowate. Pod drobnowidem okazuje utkanie właściwe: fibrochondroosteosarcoma. Waga guza wynosi 11 kg (22 ℔).

Kości prawidłowo rozwinięte. Czaszka symetryczna, prawidłowa. Opony (twarde i miękkie) cienkie, gładkie, lśniące. Mózg zbitości prawidłowej, dobrze ukrwiony. Komórki mózgowe prawidłowo szerokie; wyściółka ich gładka. Móżdżek, most, rdzeń przedłużony bez zmian.

Śródpiersie prawie całkowicie wypełnione przez powyżej opisany guz nowotworowy; prócz tego widocznych kilka oddzielnych guzków, jakby gruczołów powiększonych do wielkości orzecha włoskiego, a zachowujących się na przekroju, jak guz główny nowotworowy. Jama opłucna prawa ściśle wypełniona i pozrastana z guzem nowotworowym; do jamy opłucnej lewej wtłoczony worek osierdziowy wraz z jego zawartością. Opłucna płuca lewego w szczycie płuca silniej nastrzykana, upstrzona wybroczynami i pokryta nalotami włóknika; zresztą cienka, gładka, lśniąca.

Płuco prawe zepchnięte całkowicie ku kręgosłupowi i ugniecione przez rozrastający się guz nowotworowy. Miąższ jego niedodęty, całkowicie bezpowietrzny; wśród miąższu rozsiane pojedyncze gruzełki serowate. Płuco lewe w dolnych częściach niedodęte, bezpowietrzne. Nieco poniżej szczytu stara jama gruźlicza, wielkości jaja kurzego, naokoło otoczona rozsianymi guzkami serowatymi. Zresztą miąższ płuca lewego jest powietrzny, prawidłowej zbitości, za uciskiem zalewa się mierną ilością cieczy jasnej i pienistej.

Oskrzela: błona śluzowa silniej przekrwiona, rozpul-

chniona, pokryta dużą ilością śluzu gęstego; zgięcia lub wyraźnego ugniecenia oskrzeli po wyjęciu zawartości klatki piersiowej nie można było stwierdzić. Gruczoły oskrzelowe bez zmian. Błona śluzowa gardła, krtani i tchawicy biernie przekrwiona; toż samo i gruczoł tarczowy.

Worek osierdziowy wraz ze swą zawartością przesunięty na stronę lewą. Osierdzie i nasierdzie gładkie, lśniące, cienkie. Zrastający się z osierdziem guz nowotworowy tworzy guzowate wypuklenie od strony prawej do worka osierdziowego. Tkanka podnasierdziowa bez zmian. Serce wielkości pięści. Mięsień sercowy prawidłowo jędrny, dość silnie ukrwiony. Naczynia wieńcowe bez zmian. Komórka i przedsionek lewy nieco rozszerzone, o mięśniu niezgrubiałym, wypełnione sporą ilością krwi półpłynnej. Zastawki bez zmian. Podobnie zachowują się i komórka i przedsionek prawy i zastawki w sercu prawem. Tętnica główna i żyły główne skutkiem przesunięcia worka osierdziowego odpowiednio zgięte, zresztą bez zmian.

Jama brzuszna, otrzewna bez zmian. Przepona pozrastana z guzem nowotworowym w klatce piersiowej, tworzy po stronie prawej guzowate wielkie wypuklenie, przez co wątroba jest obniżona i okazuje odpowiednie odgnioty na górnej powierzchni. Wątroba sięga poniżej pępka i leży w jamie brzusznej ukośnie, t. j. wysoko po stronie lewej, a nizko po prawej. Miąższ wątroby silnie przekrwiony, zresztą makroskopowo niezmieniony.

Śledziona, nerki, miedniczki nerkowe, nadnercza, trzustka, przełyk i dalsze części przewodu pokarmowego, jak i narząd moczowo-płciowy bez zmian. Kościec prawidłowy.

Rozpatrując rzecz bliżej ze stanowiska klinicznego, nie da się zaprzeczyć, iż przypadek nasz budził niezwykłe zainteresowanie. Po dokładnem zbadaniu zaraz doszliśmy do przekonania, iż obok ostrej sprawy gruźliczej w płucach istnieje równocześnie odrębna sprawa chorobowa w klatce piersiowej, która polega na wytworzeniu się guza nowotworowego. Brak wszelkiego tętnienia wyłączał tętniaka; brak jakiejkolwiek treści w jamie opłucnej prawej wobec znacznego wysklepienia prawej połowy klatki piersiowej wyłączał obecność wysięku zapalnego; natomiast zachowanie się stłumienia w prawej połowie klatki piersiowej, niejednostajny opór przy nakłuwaniu ograniczonego wypuklenia, a względnie prawej połowy klatki piersiowej, uciśnięcie i zepchnięcie płuca prawego w okolicę przykręgową, przesunięcie znaczne serca na stronę lewą, znaczna duszność (orthopnöe) i rozszerzenie powierzchownych żył na klatce piersiowej i w górnej części jamy brzusznej, przemawiały za nowotworem w klatce piersiowej, wychodzącym najprawdopodobniej z gruczołów śródpiersia. Należy też nadmienić, iż wobec znacznego osłabienia chorego nie można było zastosować prześwietlenia promieniami Röntgena, coby rzecz jeszcze niezawodnie bliżej mogło wyjaśnić. Że twierdzenie nasze nie było bezpodstawne, wykazały oględziny pośmiertne. Po otwarciu klatki piersiowej można było stwierdzić, iż całe śródpiersie i jama opłucna prawa wypełnione były przez olbrzymi guz nowotworowy, ściśle pozrastany ze ścianami klatki piersiowej i z osierdziem, który tworzył guzowate wypuklenie od strony prawej do worka osierdziowego, przesunął worek osierdziowy wraz z zawartością na stronę lewą i spychał płuco prawe całkowicie ku kręgosłupowi, a przeponę po stronie prawej znacznie ku dołowi. Zrazu też zdawało się, iż siedzibę pierwotną nowotworu stanowi śródpiersie; dopiero po dokładnem zbadaniu okazało się, iż guz ten olbrzymi, ważący 11 kg., nie wychodził pierwotnie z tkanki lub gruczołów śródpiersia, ale z VI. żebra prawego i następowo dopiero głównie rozwijał się w prawej połowie klatki piersiowej i w jamie śródpiersia, wywołując nieprawidłowe stosunki w klatce piersiowej, a poniekąd i w jamie brzusznej przez przemieszczenie i ucisk odnośnych narządów.

Niezwykłe rozmiary guza, ważącego 11 kg i charakter anatomiczny przemawiają za dość powolnym jego rozwojem. Okoliczności tej przypisać należy, iż chory jeszcze na kilka (6) tygodni przed zejściem śmiertelnem mógł pełnić swą służbę zawodową. Przyczynę tego dziwnego zjawiska odnieść należy do zdolności przystosowywania się ustroju do zmniejszonej powierzchni oddechowej w czasie, kiedy guz zwolna rośnie. Dopiero skoro są zajęte znaczne odcinki płuca, występuje silna duszność, która nie daje się niczem usunąć i stanowi zapowiedź zejścia śmiertelnego. W przypadku naszym równocześnie tocząca się ostra sprawa gruźlicza w płucach przyspieszyła niezawodnie rychlejsze zejście śmiertelne.

Jak dalece ustrój może zwolna przystosowywać się do rozwoju guza w klatce piersiowej, poucza przypadek, opisany przez Schula (Münchener med. Wochs. Nr 24, 1910). Schule przytacza przypadek u chłopca 15-letniego, gdzie mięsak limfatyczny (lymphosarcoma) o rozmiarach głowy dziecka (14: 14 cm średnicy — badany anatomicznie przez Aschoffa) zajmował śródpiersie, był zrośnięty z osierdziem i uciskał w znacznym stopniu płuco prawe i tchawicę. Guz ten pomimo tak znacznych rozmiarów wywołał dopiero na dwa tygodnie przed zejściem śmiertelnem objawy chorobowe; poprzednio chory nic nie odczuwał.

Ze stanowiska anatomo-patologicznego należy podnieść w naszym przypadku, iż nowotwór pierwotnie wychodził z **samego** żebra i dopiero następowo dosięgnął tak znacznych rozmiarów w klatce piersiowej.

Oceny i sprawozdania.

Nowsze dzieła o wydzielaniu wewnętrznem.

Wobec tego, że sprawa gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, wychodząc poza ramy fizyologii i patologii, wiąże się coraz wyraźniej z ogólnemi zagadnieniami biologicznemi, a z drugiej strony z medycyną kliniczną, — nie będzie może rzeczą zbyteczną zestawić szereg nowszych dzieł i artykułów, które weszły w ostatnich czasach do literatury przedmiotu, jako dzieła klasyczne lub podręczniki źródłowe. Na pierwszem miejscu z pośród nich stawiam książkę **Biedla** »Innere Sekretion. Ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie« 1910. Autor, profesor uniwersytetu wiedeńskiego, od szeregu lat pracuje doświadczalnie w owej dziedzinie, nic więc dziwnego, że w sposób gruntowny a jednocześnie przejrzysty mógł ująć prawie wszystko to, co zrobiono w danej sprawie. Chociaż cały materyał książki opracowany jest bardzo jednolicie i równo, jednak na pierwszy plan wysuwa się część o układzie nadnerczynowym: anatomia, chemia, fizyologia nadnerczy opracowane są z niezwykłą i wszechstronną znajomością sprawy. Dalej specyalnie dokładnie omówione są gruczoły przytarczyczne, w której to sprawie szkoła wiedeńska znaczne położyła zasługi (badania Biedla, Pinelesa); dalej najnowsze badania nad rolą trzustki w przemianie materyi, sprawa wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych omówione są szczegółowo, ze wskazaniem źródeł, a wszystko pisane językiem pięknym i łatwym. Cechą zna-

mienną książki jest to, że część ogólna liczy zaledwie 24 stronic; widocznie autor w ten sposób zaznacza stanowisko doświadczonego eksperymentatora, który wie, że w sprawie tak zawiłej, jak wewnętrzne wydzielanie gruczołów, należy się uporać z olbrzymim materyałem faktów, a do uogólnień i »korelacyi« przystępować ostrożnie.

Drugą pracą źródłową w tejże sprawie jest bardzo obszerna rozprawa amerykańskiego uczonego Svale Vincent, której pierwsza część ukazała się w »Ergebnisse der Physiologie« za rok 1910, a druga ukazać się ma wkrótce. Autor, również znany badacz omawianych zagadnień, uwzględnia i streszcza przedewszystkiem literaturę angielską i amerykańską. Jest to poniekąd z pewną korzyścią dla czytelnika, stykającego się przeważnie z pracami niemieckiemi. Svale Vincent należy jednak do rzędu gorących polemistów, nie oddających często innym tego, co się należy. Stronniczość jego występuje np. wybitnie w stosunku do prac Popielskiego, których widocznie nie zna, a więc oceniać nie może.

Niedawno ukazała się książka »Die Gefässdrüsen als regulatorische Schutzorgane des Centralnervensystems« (Berlin 1910) — E. Cyona, fizyologa znanego, który jednak zajmuje w nauce stanowisko odosobnione. Czy jest to »splendid isolation«, czy też los badacza, który, pomimo bezsprzecznych zasług w fizyologii doświadczalnej, nie potrafił jednak wytworzyć szkoły, trudno dziś przesądzać; w każdym razie książka jego nie posiada dla szerszych kół tej wartości. co dwie wyżej omówione. Niema ona charakteru podręcznikowego, ogólnego, a jest przedewszystkiem zbiorem własnych doświadczeń, własnych poglądów. Lwia część książki poświęcona jest tarczycy i przysadce. Autor rozwija i uzasadnia swoją teoryę, według której dwa te narządy w ścisłej wzajemnej zależności, regulują czynność serca nietylko na drodze chemicznej zapomocą wydzieliny swoistej, ale i dzięki pewnym przystosowaniom natury mechanicznej. Autor w namiętny sposób polemizuje w sprawie jodotyryny ze szkołą wiedeńską — Otto v. Fürthem, Karlem Schwarzem, przyczem, czytając obustronne prace, odnosi się wrażenie, że słuszność na tym punkcie jest po stronie E. Cyona.

W postaci oddzielnej broszury wyszedł artykuł wspólny drukowany w »Berl. klinische Wochenschrift« (rok 1909) przez Beitzkego, Polla i Ehrmana pod tytułem »Histologie, Biologie u. Physiologie der Nebennierensysteme«. Jest to rzecz napisana bardzo gruntownie i ściśle, może wskutek tego nieco ciężko, — »trudno«, jak to się mówi. Warto jednak zadać sobie trud uważnego przejścia wraz z autorami po szczeblach dowodów anatomicznych i fizyologicznych, zebranych dla wykazania, że nadnercza są istotnie gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu.

Jeszcze w roku 1906 we wspomnianem już i przynoszącem zawsze mnóstwo ciekawych rzeczy wydawnictwie Ashera i Spiro — »Ergebnisse der Physiologie«, ukazał się niewielki artykuł fizyologów angielskich Baylissa i Starlinga pod tytułem: »Die chemische Koordination der Funktionen des Körpers«. Starling, jak wiadomo, jest twórcą teoryi hormonów i dlatego też powyższy artykuł jest autentycznym dokumentem w sprawie, która znajduje gorliwych rzeczników, ale i bezwzględnych przeciwników (Popielski — Tyg. Lek. 1911). Artykuł ów napisany jest nader zajmująco, a zwięźle. Naturalnie od daty powyższej publikacyi nagromadziło się dużo ciekawych faktów, szczególnie w dziedzinie korelacyi narządów rozrodczych. Wysoce interesujące w tym względzie są wyniki, otrzymane przez Leo Löba z Filadelfii (Centralblatt für Physiologie, także Archiv für Entwickelungsmechanik).

Wreszcie chciałbym wspomnieć o pracach internistów tej szkoły, która stara się wiadomości, zdobyte przez fizyologów w sprawie wewnętrznego wydzielania gruczołów, rozszerzyć i wyjaśnić faktami i spostrzeżeniami, dostarczanemi przez klinikę. Myślę naturalnie o szkole Noordenowskiej, — o pracach Falty, Eppingera, Rüdingera i ich współpracowników. Drukowane są przeważnie w »Zeitschr. für klin. Med.« w ostatnich trzech latach, a także w sprawozdaniach ze zjazdów internistycznych, odbywanych w Wiesbadenie; w polskich czasopismach referowane są zwykle bardzo starannie. Prace powyższe są niezmiernie ciekawe; czy nie są zbyt schematyczne, — pokażą badania innych klinik i szkół.

Z polskich prac doświadczalnych, dotyczących sprawy wewnętrznego wydzielania gruczołów (w szerokiem tego słowa znaczeniu), znanym jest cykl badań Popielskiego i jego współpracowników: Czubalskiego, Mazurkiewicza, Modrakowskiego, Studzińskiego, Wilenki i in. Prace te, — prawie wszystkie drukowane po polsku w »Tygodniku Lekarskim«, — są w świeżej pamięci czytelników polskich. Wysoka wartość ich przekracza ramy pobieżnej oceny. Dalej przypominam poszukiwania klinicystów polskich, równoległe do prac wspomnianej szkoły wiedeńskiej Falty itd. Są to ciekowe prace M. Reichensteina, Selzera, Wilenki i inne, które częściowo dopełniają i prostują, częściowo potwierdzają wyniki szkoły wiedeńskiej.

Świeżo pojawiła się w druku rzecz: »Z biochemii lipoidów i hormonów», — napisana przez Wacława Mutermilcha, wydana przez księgarnię Wende i Sp. (1911 r.). Książka ta (136 stron) jest referatem, opartym na pracach oryginalnych — Banga, Langleya, Baylissa i Starlinga, oraz książkach tak źródłowych, jak »Innere Sekretion« Biedla. To też dla czytelnika, który niema czasu na poznawanie oryginałów, książka Mutermilcha może służyć jako surogat, napisany zajmująco, a przytem podający duży materyał w formie treściwej. Najlepiej napisane są działy chemiczne, np. o cholesterynie, co jest zrozumiałem, gdyż autor jest chemikiem. Zagadnienia biologiczne traktowane są inteligentnie, z pewną tendencyą jednak do uogólnień i analogii na gruncie nie zawsze dostatecznie przygotowanym do tego, albo wcale nie nadającym się do tego Dlatego też, uznając referatowy materyał za bardzo dobry, nie mogę nie odnieść się z pewnemi zastrzeżeniami do oryginalnych pomysłów na tle jego rozwijanych. Odnosi się to w szczególności do próby zużytkowania teoryi hormonów w psychologii. Zresztą i w tej literackiej »par excellence« części przytoczone są ciekawe wypowiedzenia się Locha, Nussbauma i inne.

T. Koźniewski

R. Sabouraud. **Les teignes.** Paris, Masson 1910, str. 850, fig. 433 i 28 tablic.

Niniejsza książka stanowi trzeci tom dzieła tego autora, poświęconego schorzeniom skóry owłosionej. Znaczenie tej monografii jest wielkie nietylko przez to, że pisał ją autor, zajmujący się od lat kilkunastu tą sprawą, ale przez ten ważny szczegół, że obejmuje cały dotychczasowy stan wiedzy naszej w tym kierunku, — to też dzieło to stanowi coś jedynego w swoim rodzaju. Autor zgromadził całe piśmiennictwo, odnoszące się do grzybów, znajdowanych we włosach i na mocy tych danych napisał przedewszystkiem historyę rozwoju nauki o grzybach. W następnych rozdziałach opisał drobiazgowo metody badania w tej części mikrobiologii, metody hodowania tych grzybów i sposoby odróżniania ich odmian, które liczą się na dziesiątki w każdej pojedynczej grupie (trichophyton, microsporon, favus). Każdą pojedynczą odmianę powyższych grup opisał autor w obrazie klinicznym, w zachowaniu się w stosunku do włosa i skóry, we wszystkich znanych własnościach biologicznych w ustroju i w pożywkach sztucznych. Jasność układu i języka, którym autor włada po mistrzowsku, przedstawienie jednolite przedmiotu, nad którym autor panuje w zupełności, wreszcie ważność tego działu mikrobiologii, który dzięki autorowi jest jednym z najlepiej opracowanych, — czynią książkę niniejszą nietylko niezbędną w każdej pracowni bakteryologicznej, ale miłą i pożyteczną dla czytelnika nawet mniej obznajomionego z przedmiotem. Liczne rysunki i fotografie, wykonane

nader wzorowo, ułatwiają zrozumienie i poznanie wszystkich właściwości dotąd zbadanych grzybów tego rodzaju.

Krzyształowicz.

J. Benario. **Ueber Neurorezidive nach Salvarsan und nach Quecksilberbehandlung**, 1911. J. F. Lehmanns Verlag. München, str. 195, duża 8°. (Cena 6 M.).

Sprawa występowania schorzeń nerwowych we wczesnych okresach kiły jest w odniesieniu do znaczenia leczniczego salwarsanu niezmiernie ważna, dlatego każdy, zajmujący się tym nowym sposobem leczenia, odczyta tę monografię ze szczególnem zajęciem, zwłaszcza, że autor stara się przedstawić przedmiotowo spostrzegane dotąd przez różnych autorów fakta i wyciąga z nich najbliższe wnioski. Zestawiwszy znane dotąd przypadki t. zw. neurorecydyw po wstrzykiwaniach salwarsanu (w liczbie 210) i rozbierając je krytycznie pod względem statystycznym, objawów, dalej co do przebiegu, rokowania i leczenia, stara się B. udowodnić, że te przypadki wczesnego schorzenia układu nerwowego, głównie zaś nerwów, które wystąpiły w pewien czas po wstrzykiwaniu salwarsanu u chorych kiłowych, nie dają się odnieść do trującego działania tego przetworu arszenikowego. Przeciw takiemu działaniu przemawia czas między wstrzykiwaniem, a wystąpieniem schorzenia nerwów, dalej rodzaj sprawy patologicznej, przemawiającej raczej za stanem podrażnienia i zapalenia, a nie za sprawą zanikową, która znamionuje zmiany pod wpływem arszeniku występujące. Brak pojawiania się podobnych schorzeń nerwów u nie kiłowych, leczonych salwarsanem, i w istniejących już chorobach nerwowych, przemawia przeciwko trującemu działaniu tego przetworu. Dalej ustępowanie tego rodzaju zboczeń po leczeniu swoistem jest również dowodem przeciwnym. Okoliczność, że przeważna część nawrotów w tkance nerwowej występowała w 2—4 miesięcy po wstrzykiwaniu salwarsanu, łączy B. z cyklem rozwoju krętków, a dodać trzeba, że w 94% przypadków był to drugorzędny okres kiły, podczas którego ustrój przepełniony bywa krętkami. B. sądzi zatem, że wszystkie stwierdzone szczegóły, anatomiczne, biologiczne i kliniczne, stwierdzają zgodnie, iż niema podstaw do przypuszczenia pochodzenia toksycznego tych neurorecydyw. Krzyształowicz.

J. Heller. **Die vergleichende Pathologie der Haut.** Berlin, A. Hirschwald, 1910, str. 633, 170 figur i 17 tablic.

Dla żadnego może działu medycyny nie jest tak ważną anatomia patologiczna porównawcza, jak właśnie dla dermatologii. Mimo różnic anatomicznych powłok zewnętrznych człowieka a zwierząt, znajomość chorób skórnych u zwierząt, poznanie ich właściwości i sposobów powstania może wyjaśnić niejeden szczegół w patologii chorób skórnych. Jako przykład może posłużyć rozwój mykologii w dermatologii przez poznanie i badania podobnych spraw chorobowych u zwierząt. Autor, przechodząc patologię różnych schorzeń skóry u zwierząt, wykazuje przez liczne spostrzeżenia i wielką ilość rycin, że wiele stanów patologicznych, spostrzeganych w skórze człowieka, ma analogię u zwierząt. Książka niniejsza, napisana z wielką znajomością histopatologii skóry w szerokim zakresie, jest dowodem, jak wielkie znaczenie mogą mieć badania porównawcze.

Krzyształowicz.

Prof. Fr. Salzer. **Trudności rozpoznania chorób mózgu na podstawie zmian na tarczy nerwu wzrokowego.** [Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla Nervi optici]. Monachium, 1911. (J. F. Lehmann). (Cena 1·50 M.).

Każdy okulista zna i dobrze ocenia szczególne trudności, jakie nastręcza niejednokrotnie rozpoznanie zapomocą badania wziernikiem rozpoczynających się zmian na tarczy nerwu wzrokowego, i to właśnie w tych przypadkach, gdzie neuropatolog, internista, względnie chirurg od orzeczenia tego czynią zależnem nietylko swoje rozpoznanie i rokowanie, ale i wybór postępowania leczniczego, np. postanowienie co do podjęcia zabiegu operacyjnego, zazwyczaj bardzo poważnego, bo najczęściej chodzi tutaj o trepanacyę czaszki. Neuropatologowie, interniści i chirurdzy nie zdają sobie może tak dobrze sprawy z tych trudności i z tego powodu rozprawka Salzera, która je wykazuje i oświetla w sposób dosadny, powinna w pierwszym rzędzie w ich gronie znaleść czytelników. Chodzi tu przedewszystkiem o rozpoznanie pierwszych początków tarczy zastoinowej. Wynik badania okulistycznego nieraz w takich przypadkach przeważa szalę na stronę trepanacyi. Wobec ciężkiej odpowiedzialności, jaka z tego powodu spada na okulistę, musi on wydawać wyrok z jak największą rozwagą i ostrożnością. Niemniej często zwraca się neuropatolog do okulisty, ażeby rozpoznał, czy niema na tarczy nerwu wzrokowego pierwszych śladów zblednięcia, wskazującego na rozpoczynający się zanik nerwu wzrokowego. Tak tu, jak i tam, chodzi o rozpoznanie wczesne, a zatem już z tego względu niełatwe. Trudności pochodzą z kilku źródeł. Przedewszystkiem już fizyologiczny obraz tarczy nerwu wzrokowego przedstawia, tak pod względem barwy tarczy, jak i ostrości jej granic, różnice osobnicze, zawarte w bardzo szerokich granicach. Pewne ułatwienie stanowi porównanie wejrzenia tarczy w obydwu oczach, oczywiście w tych tylko przypadkach, gdzie mamy powody przypuszczać zmiany chorobne tylko po jednej stronie. W praktyce okulistycznej rozpoznanie wziernikowe wspiera się w wielu przypadkach na wynikach badania czynnościowego, jak badanie wzroku, pola widzenia, poczucia barw, poczucia światła i t. d. Tych pomocniczych badań u obłożnie chorych, często nieprzytomnych, trapionych silnymi bólami głowy, jak to bywa przy nowotworach mózgu, albo nie można przeprowadzić wcale, albo tylko niedokładnie, i okulista skazany jest na wydanie ściśle przedmiotowego orzeczenia, opartego wyłącznie na obrazie wziernikowym. Gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy silniejsze zaczerwienienie tarczy i zmniejszona wyrazistość jej granic mają być uważane za znamiona powstającej tarczy zastoinowej, wielce pomocnem byłoby powtarzać badanie co pewien czas dla przekonania się, czy obraz nie ulega zmianom. Tymczasem najczęściej czas nagli i zależy na pośpiesznem, doraźnem rozpoznaniu. W łatwiejszem położeniu znajduje się okulista, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy czynnościowem, a anatomicznem schorzeniem układu nerwowego i gdzie języczkiem u wagi ma być ocena, czy podejrzana bladość tarczy jest, lub nie jest oznaką rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego. Tu możliwe są zazwyczaj i dokładne badanie czynnościowe i dłuższa obserwacya chorego. Do pracy Salzera dodane są barwne tablice dwuznacznych obrazów wziernikowych, które wykazują wszystkie te trudności rozpoznawcze. Widzimy na nich przypadki nadmiernej bladości nerwów prawidłowych, zestawione z przypadkami stwierdzonego zaniku ze zblednięciem tarcz o wiele mniej wybitnem, lub przypadki pozornego przekrwienia nerwów zdrowych o wiele znaczniejszego, niż przekrwienie rzeczywiste w przypadkach rozpoczynającej się tarczy zastoinowej.

K. W. Majewski

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

S. Arany. **W sprawie fizyologii i patologii przemiany białka.** (Zeitschr. für physik. u. diaet. Ther., marzec, 1911). Białko pod wpływem trawienia rozpada się na składniki zasadnicze: aminokwasowe i węglowodanowe, które jeszcze w obrębie ściany jelitowej łączą się z powrotem w tak zwane białko obojętne (Neutraleiweiss). Białko takie zostaje drogą krwi doprowadzone do różnych tkanek ustroju, gdzie zamieniwszy się pod wpływem czynności sa-

mych komórek na ciało białkowe, właściwe tym komórkom, zostaje do protoplazmy wcielone.

Tak jest w warunkach fizyologicznych. W warunkach zaś patologicznych, jak w przebiegu cukrzycy, mogą zajść następujące ewentualności: Albo w obrębie już samej ściany jelitowej, dzięki pewnym zaburzeniom, nie odbywa się synteza wszystkich składników zasadniczych białka strawionego, tak, że składniki aminokwasowe nie łączą się ze składnikami węglowodanowymi, wskutek czego składniki węglowodanowe dają powód do powstawania cukru we krwi a następnie w moczu; albo znów komórka nie jest zdolna z drobiny białka obojętnego stworzyć białka, w któregoby skład weszły składniki aminokwasowe i węglowodanowe, w następstwie czego składniki węglowodanowe łączą się na cukier, który zjawia się we krwi, a później w moczu. Powstałe zaś w warunkach patologicznych bezwęglowodanowe białko; dąży do łączenia się z węglowodanowymi składnikami innych ciał białkowych protoplazmy komórkowej, wywołując jej rozkład i powstawanie między innemi ciałami także i ciał acetonowych. Całą tę sprawę przemiany białka uważa autor za zależną od szczególnych zaczynów, tak w samej ścianie jelitowej, jak i w samem ciele komórkowem różnych tkanek ustroju. Na działanie zaś tych zaczynów wywierają wpływ, zdaniem autora, prawdopodobnie toksyny różnych drobnoustrojów, znajdujących się w przewodzie pokarmowym. Dr Weissglas.

E. Żebrowski i A. Ziwert. **O wpływie czarnego i białego mięsa na wydzielanie się w moczu kwasu moczowego i innych związków azotowych.** (Russkij Wracz 1911, Nr 39 i 40). W dyetetyce panują obecnie nader rozbieżne poglądy w sprawie znaczenia białego i czarnego mięsa w odżywianiu chorych. Do roku 1900 wśród lekarzy z wyjątkiem Lenkego panowało dość zgodne mniemanie, iż czarne mięso, jako zawierające więcej, niż białe, składników wyciągowych, jest szkodliwe w dnie i chorobach nerek. Dopiero w r. 1899 na Zjeździe internistów w Karlsbadzie wystąpił przeciw tym poglądom Noorden, a w ślad za tem zjawił się cały szereg prac chemicznych i klinicznych, które jednak ze względu na sprzeczne wyniki sprawy nie wyjaśniły. Autorowie badali wpływ białego i czarnego mięsa na wydzielanie się w moczu kwasu moczowego (określ. sposobem Hopkinsa), mocznika (określ. sposobem Mörner-Siöquista), kreatyniny (okr. sposobem Jansona) i amoniaku (określ. sposobem Folina) w 7 przypadkach. Dla otrzymania wybitniejszej różnicy cyfr, każde podawanie mięsa poprzedzał w doświadczeniach autorów okres żywienia bezpurynowego. Czarne mięso podawano w postaci polędwicy, białe — piersi kurzej, oba pozbawione tłuszczu i ścięgien. Ilość wszystkich badanych przez Żebrowskiego i Ziwerta związków moczu szybko wzrastała po przejściu od żywienia bezpurynowego na mięsne i odwrotnie spadała w następowym okresie żywienia bezpurynowego. Azot i mocznik wydzielały się przez mocz równolegle i ilość mocznika stanowiła w doświadczeniach autorów 80—90% ogólnej ilości azotu moczu; w 4 doświadczeniach zauważyli autorowie, iż po podawaniu czarnego mięsa nadwyżki obu tych składników wydzielały się nieco dłużej, niż po białem mięsie. Co do kreatyniny, to chociaż spostrzegać się dawała także różnica zależnie od rodzaju mięsa, jednak ilość jej wahała się znacznie nawet w okresach żywienia bezpurynowego.

Ilość kwasu moczowego już na drugi lub trzeci dzień żywienia bezpurynowego spadała do mniej więcej stałej cyfry, wahającej się w różnych doświadczeniach między 0,227—0,578. Ilość ta odpowiadała ilości kwasu moczowego t. zw. »endogen«. Po podaniu mięsa ilość kwasu moczowego w moczu znacznie wzrastała, dosięgając najwyższych cyfr na drugi dzień żywienia mięsem. Przyczyną tego zwiększenia było wydzielanie się kwasu moczowego, t. zw. »ektogen«, pochodzącego ze związków purynowych mięsa. W doświadczeniach autorów ilości kwasu moczowego »ektogen« w okresach żywienia czarnem i białem mięsem były mniej więcej te same, jednak maximum wydzielania się kwasu moczowego pod wpływem żywienia mięsem białem jest wyższe, niż przy mięsie czarnem, natomiast po przejściu do żywienia bezpurynowego zmniejszanie się wydzielania kwasu moczowego było znacznie powolniejsze po okresie żywienia mięsem czarnem, niż po okresie żywienia mięsem białem. Ostatnie swe spostrzeżenie tłómaczą autorowie w ten sposób, iż albo związki purynowe mięsa czarnego wyzwalają się i utleniają w ustroju trudniej, niż takież związki mięsa białego, lub też związki purynowe mięsa białego tworzą w ustroju rodzaj kwasu moczowego, który łatwiej przechodzi przez nerki (harnfähiger). Te wyniki badań doprowadziły autorów do przekonania, iż w tych przypadkach, w których są wskazówki nieprawidłowości w wymianie związków purynowych, nie należy zalecać pokarmu mięsnego wogóle, gdyż służy on jako źródło wytwarzania się w ustroju olbrzymich ilości kwasu moczowego, co przy stałem żywieniu mięsem może doprowadzić do znacznego nagromadzenia się w ustroju kwasu moczowego, wydzielającego się z ustroju, jak widać z doświadczeń autorów, w ciągu nie jednego, lecz kilku dni. Mięso czarne jest pod tym względem, według badań autorów, szkodliwsze od białego. Z. Gilewicz.

Biernacki. **W sprawie rozpoznania i patogenezy kamieni żółciowych.** (Wiener klin. Wochs. 1911, Nr 17). Najczęstszą przyczyną tworzenia się kamieni jest podług B. skaza moczanowa, natomiast bakterye odgrywają tu mniejszą rolę, jak tego dowiodły nieraz badania chirurgów przy operacyi i t. zw. promieniste kamienie cholestearynowe, pochodzące z prostego rozkładu żółci. Najczęściej przy kamicy wykazać można dziedziczność. — Przy dokładnem badaniu wykryć można zwykle także i inne objawy skazy moczanowej, n. p. bole w kończynach, tkliwość żebrowo-mostkową, kolki nerkowe, swędzenie skóry przy braku nawet żółtaczki, wypryski, zmiany w moczu i t. p. Bez tła dnawego kamica występuje chyba u osób młodszych (poniżej 35. roku życia). Nieraz też spostrzegał B. w Karlsbadzie przy kamicy w następnych latach po pierwszem leczeniu zmiany dnawe w stawach. A.

Prof. Simon Baruch. **Kąpiele w durze brzusznym.** (Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Czerwiec, 1911). Autor wyraża zdziwienie, że w klinikach niemieckich nie stosuje się zimnych kąpieli w przebiegu duru brzusznego wedle metody Branda, która w klinikach Stanów Zjednoczonych znalazła należyte uznanie. — W francuskiem wydaniu swego dzieła o wodolecznictwie podaje autor statystykę, wedle której w 125,000 przypadkach duru brzusznego bez zastosowania kąpieli zimnych na sposób Branda wynosiła śmiertelność 20%, — przy zastosowaniu zaś kąpieli zimnych wedle Branda wynosiła śmiertelność w 7426 przypadkach tylko 4·26%. — Celem takiej kąpieli zimnej w durze jest podrażnienie układu nerwowego i wzmocnienie serca, a nie, jak to określali inni klinicyści, obniżenie ciepłoty ciała. Zamiast zimnej kąpieli można wedle autora stosować zawijania w wyciśnięte mokre prześcieradła o ciepłocie 20° C. Przy wszystkich takich zabiegach uważa autor za niezbędny warunek nacieranie ciała, które w wysokim stopniu przyczynia się do przyspieszenia odczynu. Jeżeli odczyn ustroju jest słaby, wtedy należy więcej nacierać, a krócej kąpać. Błędem jest podnosić ciepłotę wody, chorzy bowiem prędzej przychodzą do siebie po kąpieli o 20° C., a 5 minut trwającej, niż po kąpieli o 28° C., a 15 minut trwającej. Kąpiele o ciepłocie 27°—34° C. działają objawowo, kąpiele zaś o ciepłocie 20°—25° C. działają zapobiegawczo przeciw różnym powikłaniom. (Technika kąpieli wedle Branda i ich modyfikacyi wedle autora podana jest w oryginale bardzo dokładnie). Dr Weissglas.

R. Warszawski. **W sprawie fizycznego leczenia dychawicy oskrzelowej i rozedmy płuc.** (Zeitschr. für physik. u. diätet. Therapie. Maj, 1911). Strassburger w swoim podręczniku wodolecznictwa zwraca uwagę na następujące

zjawisko: Wskutek ciężaru wody zmniejsza się w pełnej ciepłej kąpieli obwód klatki piersiowej i brzucha, co może wpłynąć korzystnie na czynność oddechową u chorych na dychawicę oskrzelową i rozedmę płuc. — Na podstawie własnych doświadczeń na chorych przekonał się autor, że po szeregu kąpieli można zauważyć: a) mniejsze ustawienie klatki piersiowej podczas wydechu; b) zwiększenie się ruchów klatki piersiowej; c) zwiększoną objętość klatki piersiowej; d) poprawienie się ogólnego stanu chorych. — Dlatego dochodzi autor do wniosku, że pełne ciepłe kąpiele, polecane przez Strassburgera, zasługują w zupełności na uwzględnienie przy leczeniu fizycznem dychawicy oskrzelowej i rozedmy płuc. Dr Weissglas.

Étienne i Perrin. **O zachowaniu się krwinek białych przy zapaleniu płuc.** (Paris medical 1911, Nr 25). Liczba krwinek białych w samym początku sprawy podnosi się nagle, wzrastając w 4. i 5. godzinie od 15,600 do 35,600 w mm^3, i dochodząc do szczytu drugiego do czwartego dnia, poczem powolnie i stopniowo leukocytoza maleje. U dorosłych tuż przed przełomem leukocytoza jeszcze się wzmaga; u starców uważają E. i P. taki podskok za wyjątkowy. Przed przełomem zwiększa się liczba limfocytów do 55—64%, podczas gdy zazwyczaj charakteryzuje leukocytozę przy zapaleniu płuc przewaga ciałek wielojądrzastych. Polinukleozę napotykali E. i P. tylko w przypadkach towarzyszącej niedomogi serca i w okresie przedzgonnym. Pojawianie się nowego ogniska znamionuje ponowny wzrost leukocytozy i dalszy jej przebieg typowy, tylko nieco krócej trwający, niż zwyczajnie. Opisywanej przez niektórych klinicystów przedwstępnej fazy hypoleukocytozy przed wybuchem zakażenia E. i P. nigdy nie spostrzegali. Pojawianie się nieprawidłowych krwinek białych nie da się ująć w ścisłą regułę, atoli E. i P. spostrzegali je znacznie częściej przy końcu choroby, aniżeli w jej początkowych okresach. Dr Blassberg.

Claude. **O surowiczem otorbionem zapaleniu opon mózgowych.** (Paris medical 1911, Nr 45). Ograniczone zapalenie surowicze opon mózgowych, opisane przez Claudea i Raymonda, różni się od rozlanego zapalenia, oraz wodogłowia i stanowi odrębną jednostkę kliniczną. Najczęstszą przyczynę tego cierpienia stanowią urazy, atoli należy pamiętać, że niekiedy występuje ono dość późno po urazie. Powinniśmy o niem myśleć zawsze wówczas, kiedy zaszedł uraz, a później wystąpiły objawy wzmożonego parcia lub podrażnienia kory mózgowej. Także i choroby zakaźne, jak grypa, ale przedewszystkiem kiła i gruźlica, mogą mieć ważne znaczenie w patogenezie tego cierpienia. Gdy wywiady świadczą o kile, to leczenie swoiste w tych przypadkach często nie wystarcza. Objawów nie należy łączyć w związek z uszkodzeniem ośrodków nerwowych, póki się płynu otorbionego nie wypuściło. Cierpieniu temu zwykle towarzyszy cały zbiór objawów wzmożonego parcia śródczaszkowego, jak: wzmagający się ból głowy, wymioty, drgawki padaczkowe, zaburzenie świadomości i otrętwienie. W każdym razie zwracają na siebie przedewszystkiem uwagę objawy, świadczące o zajęciu opon, a mianowicie: gorączka, niemiarowość tętna i oddechu, sztywność karku i kręgosłupa, oraz objaw Kerniga. Natomiast rzadko napotyka się zaburzenia wzrokowe i zmiany w źrenicach, które odgrywają tak ważną rolę przy rozpoznawaniu guzów mózgowych i wodogłowia. Nakłucie lędźwiowe nie wykazuje tak wzmożonego parcia, jak przy wodogłowiu wewnętrznem, przy którem parcie dochodzi do 150 mm, a niekiedy przekracza 500 mm. W płynie mózgowo-rdzeniowym bywa niewiele elementów, lub brak ich zupełnie. Także brak zupełnych porażeń w kończynach, oraz pewne rytmiczne ruchy zajętych kończyn, które niezawsze odpowiadają drgawkom Jacksonowskim, charakteryzują to cierpienie. Choroba ta daje dobre wyniki operacyjne, atoli nie należy się zadowalniać tylko dekompresyą, lecz w razie braku tętnienia mózgu należy uskutecznić wielokrotne nakłucia próbne opony twardej i pamiętać, że może być kilka ognisk otorbionych. Samorodne wyleczenie się i wessanie otorbionego zapalenia opon jest mało prawdopodobne. Dr Blassberg.

Nowosielski. **W sprawie wzrastania śmiertelności z powodu raka.** (Russkij Wracz 1911, Nr 41). Do statystyki swojej użył autor danych 72 Annual Report of Registrar-General in England and Wales co do śmiertelności z powodu raka w Anglii w r. 1869, 1899 i 1909.

Z danych przytoczonych przez autora widać, iż od r. 1869 do 1909 śmiertelność z powodu raka wzrosła w Anglii przeszło w dwójnasób. Wzrost ten dotyczy jednakowo wszystkich form raka. Śmiertelność wśród mężczyzn wzrosła znacznie więcej, niż wśród kobiet. Z. Gilewicz.

Roux. **O przewlekłym nieżycie żołądka i jego leczeniu.** (Paris médical 1911, Nr 20). Przyczyny przewlekłego nieżytu żołądka są rozmaite i dadzą się w następujący sposób ugrupować: 1) nieodpowiedni sposób żywienia się, nadużywanie alkoholu lub kawy, 2) niewłaściwe używanie takich leków, jak: rtęć, jod, wino chinowe, żelazo, arszenik, 3) nieodpowiedni sposób jedzenia, niedostateczne żucie, pospieszne jedzenie, 4) złe uzębienie, 5) ropotok dziąseł, częsty u ludzi niedbających o czystość jamy ustnej, zwłaszcza po ukończeniu 50 lat życia, 6) połykanie plwocin, które mogą nietylko u gruźliczych wprowadzić prątki gruźlicze do przewodu pokarmowego, lecz z któremi wchodzi do żołądka wiele saprofitów z jamy ustnej, które mogą drażnić błonę śluzową żołądka i stać się szkodliwe, 7) zaburzenia w krążeniu śluzówki żołądka, które są wynikiem zaburzeń czynności serca i ogólnych zaburzeń w krążeniu. Ze stanowiska objawowego dzieli R. przewlekły nieżyt żołądka na 3 grupy: 1) Nieżyt przewlekły z bolami późnymi. Jest to postać najczęstsza, dotycząca zwykle opilców i osobników pijących kawę, u których w 2—3 godziny po jedzeniu zwykły występować bóle w okolicy żołądka. Bóle te występują tem później, im obfitsze było jedzenie. Bóle te pochodzą z podrażnienia splotu trzewnego i rozpromieniają się ku piersiom (u kobiet), ku bokom, ramionom lub grzbietowi. Niekiedy towarzyszy tym bolom odruchowy ślinotok. Ponieważ przyczyną ich bywa zazwyczaj sokotok lub nadmierna kwaśność soku żołądkowego, przeto zwalczanie tych przyczyn usuwa bóle. 2) Nieżyt lekki. Rozpoznanie jest dość trudne. Nieżyt ten zależy zwykle od wadliwego żucia. Chorzy doznają wzdęcia, senności, zaczerwienienia twarzy lub nosa, a z czasem nawet okazują objawy trądzika różowatego. Badanie okolicy żołądka wykazuje wzdęcie i odgłos wysoki bębenkowy, obejmujący także przestrzeń Traubego. Usunięcie wadliwego żucia usuwa cierpienie. 3) Nieżyt przewlekły zanikowy z zaburzeniami jelitowemi bez objawów żołądkowych. Badanie stolca wykazuje tkankę łączną pokarmów, która nie uległa zmianie. Znikanie objawów jelitowych po podaniu kwasu solnego potwierdza rozpoznanie cierpienia.

Przy leczeniu w pierwszym rzędzie powinniśmy się kierować stanem bolesności. Przy silnych bólach musimy się ograniczyć do wyłącznego podawania mleka, jako pokarmu najmniej drażniącego. Przyjmując, że człowiek dorosły, nie pracujący, potrzebuje dziennie średnio 2000—2500 kaloryi i że litr mleka odpowiada 700 jednostkom, konieczną jest rzeczą, by chory wypijał przynajmniej 3 litry mleka dziennie, to jest co 3 godziny polecamy wypicie szklanki mleka. Po tej dyecie mlecznej po 2 tygodniach dodajemy do dyety chudą szynkę, smażoną rybę, gotowane kurczę lub gołąbki, sucharki, krem i cokolwiek masła. W miarę poprawy dodajemy po 6—8 tygodniach mięso wołowe, cielęce lub baranie, drób smażony i jarzyny gotowane tarte, przyczem polecamy spożywać pokarmy tylko 3 razy dziennie. Jako napoju można używać czystej wody lub letniej śmietanki bez cukru. W ostatnim okresie, kiedy chory czuje się dobrze, pozwalamy na spożywki. Przez cały czas winno się zwracać uwagę na staranne żucie. Z leków poleca R. słabe rozczyny sody (mniej niż 1%), wodę Vichy ($^1/_2$ szklanki przed jedzeniem), oraz cytrynian lub chlorek sodowy. Dla zwalczania nadmiernej kwaśności radzi R. obok

dwuwęglaniu sodowego, którego działanie nie jest trwałe, podawać zrana 20 gramów węglanu bizmutowego. Dla łagodzenia bólów stosować należy dioninę, kodeinę i wodę chloroformową, przy niedomodze wydzielniczej kwas solny, a przy nadmiernem wydzielaniu podawanie beladony.

Dr Blassberg.

Parmentier i Chabrol. **O raku żołądka, występującym pod postacią niedokrwistości.** (Paris medical, 1911, Nr 21). Po opisaniu przez Biermera w latach 1868 i 1872 postępowej niedokrwistości, jako nowej jednostki chorobowej, pierwszy Hayem zaczął wyróżniać niedokrwistość ciężką, pochodzącą od raka żołądka, od niedokrwistości złośliwej postępowej. Z czasem jednak zaczęto chorobę Biermera uważać tylko za zbiór objawów złośliwej niedokrwistości, wywołanej przez rozmaite przyczyny. Wśród tych przyczyn zajął rak żołądka główne miejsce. Tesame objawy, co przy niedokrwistości Biermera, występują bowiem przy raku, a mianowicie: trupia bladość, suchość skóry, chudnięcie, obrzęki skórne, ogólne osłabienie, brak apetytu, wstręt do mięsa i tłuszczów, gniecenie w żołądku i wymioty. Badanie krwi wykazuje ubytek krwinek czerwonych, których liczba dochodzi do 1.500.000, a nawet do 800.000 w 1 mm^3, obecność komórek szpikowych (myelocytów) w ilości 7—20%, oraz jądrzastych krwinek czerwonych, w ilości 2—3%. Leukocytoza nie bywa stale stwierdzaną. Obecnie zatem nie różniczkujemy między niekrwistością Biermera a rakiem, lecz staramy się stwierdzić, czy powodem niedokrwistości jest rak żołądka, czy rak kątnicy lub jelita ślepego, albo też zapalenie nerek, gruźlica lub przewlekłe zakażenia lub otrucia (kiła, zimnica, otrucie tlenkiem węgla).

W nader rzadkich przypadkach może występować rak żołądka pod postacią niedokrwistości śledzionowo-szpikowej (anaemia splenica myeloidea), połączonej z obrzękiem śledziony i bolesnością kości. We krwi pojawia się nadmierna ilość jądrzastych krwinek czerwonych, dochodząca do 44%. W tej postaci raka zwykły się wówczas rozwijać przerzuty rakowe w szpiku kostnym, niekiedy dostępne tylko badaniu mikroskopowemu.

Przyczyny niedokrwistości przy raku są bardzo różnorodne, a mianowicie: 1) podupadłe odżywienie, zwłaszcza wskutek usadowienia się raka w żołądku, 2) krwawienia z powodu sprawy wrzodzenia, 3) wtórne zakażenia, którym sprzyja martwica guza nowotworowego, 4) jady, wydzielane przez komórki raka, 5) ciała hemolizujące, zawarte we krwi chorych, dotkniętych rakiem, 6) zaburzenia sprawy tworzenia się krwi, zwłaszcza przy powstawaniu przerzutów rakowych w narządach krwiotwórczych. Dr Blassberg.

Neurologia i psychiatrya.

Fackenheim. **Nowe drogi przy leczeniu padaczki.** (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 35). W r. 1906 zauważył amerykański lekarz Self zupełne wyleczenie (u osobnika, cierpiącego na padaczkę 15 lat) z padaczki po ukąszeniu przez grzechotnika i przebyciu ciężkiego, przez to wywołanego schorzenia. Spangler z Filadelfii stosuje od dłuższego czasu rozcieńczony jad grzechotnika (Crotalus adamanteus) u chorych. U padaczkowych stosował w 11 przypadkach przez kilka miesięcy krotalinę i osiągnął, jeżeli już nie wyleczenie, to bardzo znaczną poprawę co do częstości napadów. Krotalina jest to ciało złożone z substancyi peptonowatych, (wywołujących porażenia nerwowe, oddechu), globulin (przepuszczalność naczyń krwionośnych) i ciał, mających działanie hemolityczne. Zachęcony próbami Spanglera, prowadzi i autor badania nad leczeniem padaczki krotaliną; dotąd stosował ją w 5 przypadkach i otrzymał korzystny efekt tak co do częstości napadów, jak i stanu odżywienia. Nie należy jednak stosować tego leczenia u osób cierpiących zbyt dawno na padaczkę, t. j. tam, gdzie przypuszczalnie są już zmiany następowe w korze mózgowej. Wstrzykuje się rozczyn 1 : 200, postępując w ciągu 10 tygodni do 1 : 50 (wstrzyknięcia co 8 dni). Odczyn miejscowy, zwłaszcza przy pierwszych wstrzyknięciach, jest bardzo silny. Już w $^1/_4$ minuty zjawia się silny ból, w 5—10 minut wybroczyna. Ból trwa 5—6 godzin, przyczem cała kończyna bardzo puchnie, zaczerwienia się lub sinieje. Przypady te wzmagają się do 24 godzin, poczem ustępują, nie pociągając jednak za sobą nigdy groźnych następstw. K.

A. Stegmann. **Wyniki psychicznego leczenia kilku przypadków dychawicy (asthma).** (Zentralbl. f. Psychoanalyse 1911, Z. 9). Autor spostrzegał kilka przypadków dychawicy u dzieci, której napady w niektórych przypadkach prawie całkiem ustąpiły, a w niektórych stały się znacznie rzadsze pod wpływem psychoterapii i hypnozy. Podobnież spostrzegał autor 2 przypadki dychawicy u kobiet w wieku lat 41 i 45, co do których przypuszcza, że dychawica powstała na tle urazów psychicznych przyrody płciowej. Na podstawie tych przypadków dochodzi autor do wniosku, że w niektórych przynajmniej przypadkach dychawica rozwija się z powodu urazów psychicznych; po analizie i wytłómaczeniu tych urazów występuje zwykle polepszenie i wyzdrowienie. W. Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

G. J. Markiełow. **Symptomatologia i patogeneza myastenii.** (Żurnał im. Korsakowa 1911, Nr 2—5). Autor szczegółowo opisuje dwa przypadki myastenii. Prócz typowych objawów tego cierpienia spostrzegał autor stałą biegunkę, zdarzającą się w przebiegu tej choroby stosunkowo rzadko. Biegunkę tę tłomaczy autor schorzeniem gruczołu tarczowego, który w obydwóch przypadkach był powiększony. Jak wiadomo, w chorobie Basedowa bardzo często występują biegunki, a przeciwnie w obrzęku śluzowatym (myxoedema) nieraz bywają zaparcia stolca. Otóż niektórzy autorowie sądzą, że nadmierna czynność gruczołu tarczowego (jak to zwykle widzimy w chorobie Basedowa) wywołuje zmniejszenie zewnętrznej i wewnętrznej wydzieliny trzustki, skutkiem czego występują biegunki; przy obrzęku śluzowatym — odwrotnie, upośledzenie w czynności tarczycy wywołuje nadmierną czynność trzustki, i jako skutek tego — zaparcie stolca. Balint i Melnar, jako potwierdzenie tego przypuszczenia podają, że przy podawaniu wyciągu z gruczołu tarczowego chorym z obrzękiem śluzowatym zaparcia ustępowały, a występowały biegunki. Levi, Rotschild i inni sądzą, że zaparcia i biegunki przy tych cierpieniach mają swe źródło w hamującem lub pobudzającem działaniu soli wapnia, ponieważ tarczyca ma znaczny wpływ na przyswajanie tych połączeń.

Przechodząc do analizy pochodzenia myastenii, przypuszcza autor, że cierpienie to powstaje z powodu schorzenia nie jednego, lecz wielu gruczołów, a w pierwszym rzędzie tarczycy, grasicy i nadnerczy, przedewszystkiem jednak wchodzą tu w grę, jak się zdaje, zmiany w czynności tarczycy. W Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

Dzierzyński i Kożewnikow. **Szczególna postać myokionii rodzinnej** (myoclonia familiaris nocturno-atactica). (Żurnał im. Korsakowa 1911, Nr 2—3). Istota i pochodzenie myoklonii są, jak dotąd, zupełnie nieznane. Tem ciekawsze jest spostrzeżenie autora, dotyczące 4 członków jednej rodziny. Jako cechy do pewnego stopnia odrębne, występujące w tych czterech przypadkach, podnosi autor następujące: 1) Charakter rodzinny cierpienia. 2) Podrywania przedewszystkiem i najwybitniej występowały podczas snu; podrywania te niezawsze były symetryczne i niezawsze występowały jednocześnie w symetrycznych grupach mięśniowych. 3) Odruchy ścięgniste były znacznie wzmożone, jednak objawu Babińskiego, ani drgania odruchowego (clonus) nie było. 4) Objawy bezładu w kończynach dolnych. 5) U jednej z chorych prócz objawów myoklonii spostrzegano napad padaczkowaty. Uwzględniając te wszystkie cechy, proponuje autor dla tej postaci myoklonii nazwę: »myoclonia familiaris nocturno-atactica«. Nie wdając się w roztrząsania co do przyczyny i istoty tej choroby, zwraca autor uwagę, że obecność we wszystkich czterech jego przypadkach bezładu w kończynach dolnych przema-

wiałaby za zwyrodnieniem pewnych systemów dróg nerwowych. W. Grzywo-Dąbrowski (Karolin).

Higiena.

Hartig Klut. **Rury ołowiane, a woda do picia.** (Journ. f. Gasbeleucht. u. Wasserversorgung, 1911, Nr 17). Autor omawia znaczenie techniczne rur ołowianych w ich zastosowaniu do domowego urządzenia wodociągowego, ich zalety oraz strony ujemne, nadto znaczenie zdrowotne ze względu na możliwość zatrucia wodą, nabierającą ołowiu z rur. Jest rzeczą stwierdzoną, że jak z jednej strony może się ustrój przyzwyczaić do małych dawek ołowiu, tak z drugiej strony działają one i zbiorowo, sprowadzając objawy choroby przy dłuższem używaniu wody, zawierającej ołów. Dokładnej granicy co do wysokości dawki ołowiu, działającej szkodliwie na ustrój człowieka, podać nie można. Ze względu jednak na działanie jego zbiorowe (kumulatywne) przyjmuje się, że zawartość ołowiu w wodzie nie powinna przekraczać 0·3 mg. w litrze wody. Pojawianiu się ołowiu w wodzie sprzyja znaczniejsza zawartość powietrza wzgl. tlenu oraz kwasu węglowego w wodzie. Najbardziej sprzyja temuż stosunek 1 cz. tlenu na 2 cz. CO_2, znaczniejsza zawartość chlorków, kwasu azotawego i azotowego, nadto procesy elektrolityczne, wywołane składem rur ołowianych, zanieczyszczenie miedzią, cynkiem, cyną, sposobem ich lutowania, oraz starannością w wyłożeniu warstwą cynku i w montowaniu rur ołowianych wewnątrz cynkowanych, w końcu od prądów elektrycznych, błąkających się w ziemi w sąsiedztwie rur wodociągowych. Wody zawierające ponad 7 stopni niemieckich twardości przemijającej (twardość wywołana węglanami ziem alkalicznych) tylko z początku rozpuszczają więcej nieco ołowiu z rur, poczem wytwarzają na ich powierzchni warstwę, chroniącą od dalszego przechodzenia metalu do wody. Środki ochronne przeciw przechodzeniu ołowiu do wody wodociągowej w ilości przyjętej za szkodliwą, muszą być różne i zastosowane do rozpuszczalności ołowiu w wodzie wodociągowej. Za zasadę jednak przy każdem urządzeniu wodociągowem przyjąć należy wypuszczenie wody, stojącej przez czas dłuższy, 12—24 godzin, w rurach, jako bezużytecznej, — zapobieganie, by do rur wodociągowych nie mogło przedostawać się powietrze, — nieopróżnianie rur podczas nieużytkowania urządzenia wodociągowego, używanie rur żelaznych lanych cynowanych, kutych cynkowanych, rur cynkowych, a nawet glinowych. Mimo rozpuszczalności cynku w wodzie, nieraz dochodzącej do 50 a nawet 100 mg. na litr wody, uważa K. używanie rur cynkowanych i z litego cynku za zdrowotnie bezpieczne. (Co do rur cynkowych zbyt mało istnieje dotychczas doświadczenia. Przypis. spraw). Wody wodociągowe, zawierające wiele wolnego kwasu węglowego, a mające twardość przemijającą ponad 7 stop. niem., należy przed wpuszczaniem do rur odwietrzyć z kwasu, w wodach miękkich związać kwas dodatkiem środków chemicznych, jak wapnem gaszonem, kamieniami wapiennymi, marmurem, magnezytem, sodą, wodnikiem sodowym itp. Ochronę przeciw rozpuszczaniu ołowiu z rur pod wpływem zabłąkanych prądów elektrycznych otrzymuje się przez należyte oddzielenie ulicznych rur od przewodów elektrycznych. L. Bier.

Fenyvessy i Dienes. **Czy chleb wypieczony jest jałowym?** (Zeitschr. f. Hygiene t. 69, str. 223, 1911). Ciepłota ośródki chleba dochodzi podczas pieczenia do 94—104 C., przeto giną napewno w chlebie wypieczonym należycie bakterye chorobowe, które przypadkowo dostały się do ciasta. Zawiera ono jednak zazwyczaj zarodniki, których proces pieczenia nie zabija. Chleb przeto na pewno nie jest jałowym, zachodzić przeto mogą przypadki, w których chleb zawierać będzie bakterye chorobowe, jeżeli zarodniki ich dostały się przypadkowo do mąki lub ciasta. O przypadkach przeniesienia się chorób na tej drodze dotychczas nic nie wiadomo. L. Bier.

Erlwein. **Wyjałowienie wody przy użyciu promieni pozafiołkowych.** (Journ. f. Gasbel. u. Wasseversor. 1911 Nr 39). Publikacya ta, wywołana tematem o powyższem brzmieniu, roztrząsanym na dorocznem posiedzeniu niemieckiego Towarzystwa zawodowców gazowych i wodociągowych w Dreźnie, zajmuje się odkażaniem wody na podstawie doświadczeń, dokonanych w oddziale elektrochemicznym towarzystwa akcyjnego Siemens i Halske w Berlinie. Dokonane w tej pracowni badania porównawcze nad sterylizacyą wody przy użyciu lamp łukowych, użytych swego czasu do terapii Finsenowskiej z elektrodami żelaznemi, glinowemi i cynkowemi wzgl. węglowemi, napojonemi solami powyższych metali, a lamp rtęciowych — kwarcowych, — stwierdziły wyższość tych lamp. Natomiast porównanie lamp ze sterylizacyą wody zapomocą ozonu okazuje wyższość tego drugiego sposobu nad naświetlaniem promieniami pozafiołkowymi, gdyż: 1) dla metody ozonizacyi wytworzono już aparaturę w ruchu i co do wyjałowienia wody pewną i dającą się zastosować nawet dla wielkich urządzeń wodociągowych; 2) ozonizacya, posługując się krążeniem powietrza, napojonego ozonem, pracuje ze stałym nadmiarem ozonu, nie potrzebując większej ilości siły, działa przeto zawsze pewnie wyjaławiająco bez względu na zmieniającą się jakość wody surowej; 3) ozonizacya nawet wodę lekko żółto zabarwioną (odbarwiając ją zazwyczaj przytem) — oraz wodę opalizującą odkaża, zatem nawet w tych przypadkach działa odkażająco, w których działa niepewnie lub też nieekonomicznie odkażanie promieniami pozafiołkowymi; 4) efekt pewnej sterylizacyi co do wody, wypływającej z ozonizatora, stwierdzić może łatwo i szybko nawet laik przy zastosowaniu odczynu wobec roztworu jodku potasowego zaprawionego skrobią, gdy badanie bakteryologiczne, które dla zbadania efektu sterylizacyi metodą promieni pozafiołkowych jest konieczne, daje wynik dopiero po dniach kilku. L. Bier.

Hesse. **Sączki Berkefelda i zastosowanie ich do stwierdzenia bakteryi w wodzie.** (Zeitschr. f. Hygiene, t. 69, z. 3, 1911). Przy sączeniu płynów, zawierających bakterye, można bakterye osiadłe na powierzchni sączka wydzielić prawie całkowicie przez odwrotne przepuszczanie płynu przez sączek i stwierdzić je następowo w płynie, otrzymanym z sączenia zwrotnego. Silnemi i krótkiemi uderzeniami pompy 4- do 5-krotnemi — można wydzielić z sączka prawie całą ilość bakteryi, na nim zatrzymanych. Zastosowanie większej ilości seryi płytek użytych do badania wody pozwala na zwiększenie ilości płynu zwrotnego, przez co uzyskuje się wyniki lepsze. Metoda ta daje bardzo dobre wyniki nawet przy bardzo małej ilości bakteryi, mniej niż 10 bakteryi w litrze. Wartość i użyteczność metody można zwiększyć przez zastosowanie prostego urządzenia samoczynnego, przez co udaje się użyć do badania większych ilości wody, 10 i więcej litrów. Zastosowanie większych sączków o wydatności większej odda jeszcze lepsze usługi. Zastosowanie metody omawianej przy badaniu wód studziennych i użytkowych na ogólną w nich zawartość bakteryi, jakoteż szczególnie przy poszukiwaniu w nich bakteryi chorobotwórczych w związku z zastosowaniem specyalnych pożywek i zużytkowaniem szczególnych własności biologicznych bakteryi, zapowiada nader obiecujące wyniki. Użyte do badań sączki należy zawsze poprzednio zbadać co do ich użyteczności, a i nadal kontrolować stale. Metoda ta daje wyniki o wiele lepsze od sposobów strącania bakteryi przy użyciu tlenochlorku żelazowego, przewyższa zaś znacznie metodę, używającą do strącania bakteryi siarkanu żelazawego. L. Bier.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Jodgwajakol znajduje zastosowanie w leczeniu gruźlicy chirurgicznej w postaci miejscowych wstrzykiwań w gruczoły, pędzlowań i t. p. N.

Hedonal w postaci wstrzykiwań śródżylnych wywołuje według autorów rosyjskich (Sidorenko, Krawkoff, Fedoroff) ogólne uśpienie, którem można się posługiwać do operacyi chirurgicznych nawet bardzo ciężkich i bolesnych (operacye w jamie brzusznej). Uśpienie hedonalowe nadaje się do operacyi na głowie i szyi, gdyż obywa się ono bez użycia maski inhalacyjnej. Do usypiania używa się 0·75% rozczynu hedonalu; uśpienie występuje zazwyczaj po wlaniu 100—500 cm³ rozczynu i może być podtrzymane ilością 50—100 cm³; wogóle zużywa się w ten sposób 6—10 gr hedonalu, czasem więcej. Złych następstw po tem uśpieniu, jak bolów głowy, wymiotów i t. p. autorowie nie spostrzegali. N.

Nadmanganianu potasowego w postaci krystalicznej używają niektórzy lekarze niemieccy do zasypywania ropni, czyraków, zanokcic i t. p. Po wypełnieniu n. p. jamy ropnia nadmanganianem zalewają jeszcze nierozcieńczonym octem drzewnym, następnie zakładają opatrunek. Pod wpływem tego leczenia rany oczyszczają się i goją bardzo szybko. Środka tego używają też w tej samej formie i z bardzo dobrym skutkiem w leczeniu przetok gruźliczych. Wadą tego sposobu leczenia jest dość znaczna bolesność. (Blum, Fink, Neumayer). (Münch. med. Wochs. 1910, 6, 4, 33). N.

Bezwodnik kwasu węglowego w formie stałej, jako t. zw. śnieg kwasu węglowego (Kohlensäureschnee), zastosowany na skórę, znieczula ją i wywołuje zmiany, typowe dla oparzenia. Własności te zużytkowano przy leczeniu czyraków, ropni, dymienic, ropowic, oraz dla usuwania ziarniny różnego rodzaju, zwłaszcza gruźliczej (Klotz. Berl. kl. Wochs. 1910, 48). Sposób ten przewyższa inne zabiegi, jak paklenowanie lub skrobanie tem, iż jest niebolesny. Gottheil (N. York med. Journ. 1909) stosuje kwas węglowy dla leczenia tocznia; uważa środek ten za jeden z najlepszych dotąd znanych. N.

Magnesium sulphuricum znajduje zastosowanie jako środek znieczulający w postaci wstrzykiwań podskórnych. Corrado (Rev. d. Ther. 1910, 16), stosując środek ten w celu leczenia tężyczki pooperacyjnej, opisuje dobre wyniki. Johnson (Brit. med. Journ. 1910) wstrzykuje nawet siarkan magnowy do kanału kręgowego dla leczenia tężca i twierdzi, że ten sposób leczenia oddaje lepsze usługi, niż surowica przeciwtężcowa. N.

p-Monochlorphenol w połączeniu z kamforą, mentolem, eugenolem jako pastę stosują dentyści w leczeniu zębów; przetwór ten ma dobrze koić ból i działać odkażająco. »Rp p.-monochlorphenol. 3·0, menthol. 1·0, camphor. 0·5. eugenol. 5·0, zinc. oxyd. q. s. ut f. pasta«.

α-**naphthol** w 16% rozczynie wyskokowym w dawce 10—20 cm³ wstrzykuje Malclarescu (Spitalul 1910, 10) do jamy opłucnej po usunięciu z niej ropy w przypadkach, w których nie można zastosować leczenia chirurgicznego. Lecząc w ten sposób ropne zapalenia opłucnej, miał M. bardzo zachęcające wyniki. N.

Pneumopessar do leczenia krwawnic i wypadnięć odbytnicy podał Schlessinger. Chory wprowadza sobie ten przyrząd do odbytu, nadyma i zamyka kurek, wyjmując przyrząd tylko dla defekacyi. (Med. Klinik 39). A.

Stopa płaska u młodzieży szkolnej jest podług Henneberga i Kirscha dość częstą (10—27%), a częstość jej wzmaga się z wiekiem uczniów. (Zeitschr. für orth. Chir. XXVII. 3). Klęsk.

Siarkan magnowy przy róży zaleca Choksy w postaci okładów wysyconym rozczynem, zmienianych 3—4 razy dziennie. (Lancet, 4. II. 1911). A.

Szkolne skrzywienie kręgosłupa jest według Wildenratha (Viertelj. f. ger. Med. 1911, III.) wypływem znużenia, wywołanego sztywnem siedzeniem wśród nauki. Dlatego też nauczyciel powinien o tem pamiętać, a prócz tego wielką rolę odgrywają dobre ławki (oparcie nachylone, sięgające najmniej do łopatek, oparcie pod stopy w ławce, przystosowanie wielkości ławki do wzrostu dziecka), gimnastyka, zakaz noszenia książek pod pachą, albo w tornistrze zawieszonym na ramieniu i t. p. Przekonać też należy rodziców, że to skrzywienie nie jest »złem przyzwyczajeniem do krzywego trzymania się«, ale poważną chorobą, która pogarsza się i może nie leczona stać się kalectwem. Klęsk.

Tężec jest wprawdzie podług Trembura obecnie mniej groźny, niż dawniej, bo mamy już pewne sposoby leczenia, mimo to jest jeszcze cierpieniem poważnem. Prątki spotyka się prócz ziemi ogrodowej, w kale, (zwłaszcza koni i krów), w ślepych patronach wojskowych (57%), w starych ubraniach, w katgucie, żelatynie, włosach, zębach zepsutych, migdałkach i t. p. Zarodniki mogą pozostawać ukryte w ustroju i dopiero nagle n. p. wskutek urazu, zaziębienia i t. p. przejść w stan czynny. (Viertelj. f. ger. Med. 1911. III.). K.

Przy ciężkich zakażeniach ogólnych zaleca Eisenberg (Berlin) atoksyl srebrowy. (Berl. klin. Wochs. Nr 36). A.

T. zw. raków rentgenowskich opisano dotąd podług Hessego 94. Dotyczyły one 24 lekarzy, 24 techników, a tylko niewielu chorych. 27 osób cierpiało przedtem na tocznia. Rak zjawiał się po naświetlaniu w 4—14 lat, zwykle wśród silnych bolów. Rak taki rzadko tworzy przerzuty. (Fort. a. d. Geb. der Röntg. XIII. 2). A.

Przy leczeniu zapalenia otrzewnej poleca Kuhn używać do przepłukiwania następującego rozczynu: Soli kuchennej 0·9, cukru gronowego 4·1, wody destyl. 100,0. Dodatek cukru zwiększa odporność, działa bakteryobójczo, rozpuszcza nadmiar włóknika i ułatwia wnikanie rozczynów soli. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 38). K.

Przy raku zwężającym przełyk zaleca Liebermeister podawać chorym co godzinę łykami 1—2% wodę utlenioną. Ma to nieraz przywracać drożność, zwłaszcza przy równoczesnem wstrzykiwaniu morfiny i atropiny, które łagodzą kurcz mięśni, wywołujący zupełne zamknięcie światła, zwężonego przez nowotwór. (Münch. med. Wochs. Nr 38). K.

Przyrząd do szycia jelit i żołądka, obecnie znacznie ulepszony, podał Hahn. Szew wykonuje się zapomocą tego przyrządu nader szybko i dokładnie, a jałowo, bo ręka nie wchodzi w styczność z igłą i nicią. (Münch. med. Wochs. 1911, Nr 36). K.

Uśpienie pantopon-skopolaminowe przez wstrzykiwanie przy zmniejszonem krążeniu podług Klappa poleca Brunn na podstawie 500 przypadków. Przeciwwskazania: żylaki z zakrzepami, opilstwo, wielkie wyniszczenie. W razie braku zupełnego uśpienia dodaje B. znieczulenie miejscowe lub usypianie eterem. (Beitr. z. kl. Chir. 73. III.). K.

Przy oderwaniu się siatkówki poleca Hilth trepanacyę podspojówkową twardówki w dolnym zewnętrznym odcinku bez uszkodzenia naczyniówki. Potem leżenie w łóżku 7 dni. H. spostrzegał w 7 przypadkach dobry skutek, a u krótkowidzów poprawę wzroku. (37 zebr. Tow. oftalm. Heidelberg, 1911). A.

Diaspirynę zaleca jako dobry środek napotny w praktyce okulistycznej Syllo (Woch. f. Ther. Aug. 1910, 20) w przypadkach, gdzie chodzi o usunięcie wysięków tęczówki i w wielu innych stanach zapalnych oka. Podaje środek ten w ilości 2 gr w przerwach (po 1 gr) wieczorem, przyczem stosuje ciepłą kąpiel nóg. Doberer (Aerztl. Refz. 1910, 10) stosował diaspirynę z pomyślnym skutkiem w dnie, przekładając ją nad aspirynę. N.

Korespondencya.

Od jednego z lekarzy zarządzających kwarantaną w Suezie otrzymaliśmy list, którego urywek przytaczamy.

»Cholera nad Morzem Śródziemnem i Czerwonem dała nam ogromnie dużo zajęcia.

Dla obrony zastosowaliśmy nową metodę, nieprzewidzianą dotąd przez konferencye międzynarodowe, mianowicie badanie kału podróżnych trzeciej i czwartej klasy tudzież załogi okrętowej co do krętków cholerycznych. W Aleksandryi musiano zbudować nowe baraki na pomieszczenie tych podróżnych. Ponieważ lazaret w Port-Said jest za mały, przeto podróżnych, mających wysiąść w Port-Said, zatrzymuje się na okrętach i wysadza w Suezie, gdzie można pomieścić wygodnie około 100 podróżnych. Jeśli z jakiegoś okrętu wysiadają podróżni III i IV klasy, a ich kał ma być badany, to i podróżni I i II klasy, wysiadający z nimi, czekają, dopóki badanie bakteryologiczne nie zostanie ukończone. Trzeba im więc tłómaczyć, dlaczego się ich zatrzymuje, łagodzić wybuchy gniewu, histeryi, doglądać żywności, czystości pokojów, łóżek i t. p.

Na jakich 2000 badanych w Suezie nie znaleźliśmy roznosicieli cholery. W Aleksandryi, gdzie badano około 16.000 ludzi, znaleziono roznosicieli kilku.

Ciekawy przypadek był w jednej rodzinie, składającej się z ojca, matki, syna i córki. Matka i córka zachorowały i zmarły na cholerę; ojciec i syn, jakkolwiek wcale nie byli chorzy, mieli krętki choleryczne aglutynujące tak, jak u matki i córki 1—20.000.

Roznosicieli krętków przetrzymuje się aż do zupełnego usunięcia krętków z ich przewodu pokarmowego. Mieliśmy tu u Źródeł Mojżesza jednego Malajczyka, chorego na cholerę a przybyłego z Singapore, który miał krętki w kale przez 32 dni po wyzdrowieniu.

Z początkiem października przybyły tu dwa okręty z żołnierzami tureckimi, jadącymi z Hodejdy; na okrętach tych były liczne przypadki cholery, które lekarze tureccy taili. Sprawa była skomplikowana, bo stacya kwarantanowa u Źródeł Mojżesza jest za mała na 1600 żołnierzy, z drugiej zaś strony z powodu wybuchu wojny włoskotureckiej nie mogły okręty płynąć ani do El-Tor, ani do kanału Suezkiego. Pogrzebaliśmy u Źródeł Mojżesza 8 zmarłych z jednego, a 4 z drugiego okrętu. Niebezpieczeństwo było wielkie, bo Turcy zaczęli wyrzucać trupy w przystani do wody, abyśmy myśleli, że skoro na okrętach niema trupów, niema więcej przypadków cholery. Turcy przypuszczali, że przez to nie będą zmuszeni jechać do El-Tor. Wyciągaliśmy z morza zwłoki niedojedzone przez rekiny i grzebaliśmy je u Źródeł Mojżesza. W końcu na moje usilne starania zagroził rząd egipski, że skonfiskuje okręty, jeżeli do pewnej oznaczonej daty nie popłyną do El-Tor, wobec czego musiały odjechać. Po wylądowaniu w El-Tor okazało się, że jeden z tych okrętów miał 276 chorych, z tych 15 na cholerę, a drugi 221 chorych, z tych 5 na cholerę. Wysłaliśmy więc do El-Tor 7 lekarzy, 7 angielskich sióstr szpitalnych i 40 dozorców chorych. Chorych leczono w szpitalach, a zdrowych odosobniano w t. zw. sekcyach. Między chorymi było dużo przypadków duru brzusznego, zimnicy, czerwonki i gnilca (skorbutu). Zbadano bakteryologicznie kał wszystkich 1600 żołnierzy. Wypuszczono ich zaledwo przed kilku dniami; żołnierzy rozbrojono, a okręty popłynęły do Saloniki za zezwoleniem rządu włoskiego, jako okręty szpitalne. W El-Tor zostało jeszcze 60 ciężko chorych, którzy pozostaną tam aż do zupełnego wyzdrowienia. Jeden z oficerów miał krętki w kale mimo, że nie był chory; badano go 5 razy.

Cała ta sprawa będzie kosztować około 50000 fr., ale też nie dopuściliśmy cholery do Egiptu, który, mimo że jest wzięty we dwa ognie, mimo, że w Europie, Azyi i Afryce pełno cholery, trzyma się dobrze dzięki dobrej organizacyi sanitarnej i przy naszych nieraz nadludzkich wysiłkach.

Znajduje się tu obecnie 5 okrętów wojennych tureckich, które się tu schroniły przed okrętami włoskimi. Rząd je rozbroił, ale pobyt 280 marynarzy tureckich w Suezie przedstawia pewne niebezpieczeństwo publiczne, zwłaszcza, że z powodu zwycięstw tureckich w Trypolis, fikcyjnych czy rzeczywistych, umysły krajowców są nieco podniecone i za lada błahym powodem może dojść do jakiejś zawieruchy. W Aleksandryi już był przedsmak manifestacyi. Rozruchy wprawdzie zgnieciono, ale nie obeszło się bez kilku trupów, kilkunastu rannych i licznych wybitych szyb sklepowych. Lord Kitchener miał podobno zagrozić, że jeśli rząd nie potrafi utrzymać porządku, to on to uczyni. Trzeba się liczyć z tem, że religia odgrywa ważną rolę i Egipcyanie mimo, że im z Anglikami lepiej, ciążą ku Turcyi i zbierają dość hojne datki na wojnę dla Turcyi. Gdyby się Włochom noga powinęła, muzułmanie podnieśliby głowę; powstałoby pewne niebezpieczeństwo nawet w Egipcie dla Włochów i dla innych cudzoziemców«.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 6 XI 1911 r.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa: **O wzajemnym stosunku czynnościowym mózgu i móżdżku.** Celem wyjaśnienia tego stosunku autorowie zastosowali metodę badania prądów czynnościowych. Śledzili mianowicie, czy jakie prądy czynnościowe powstają w móżdżku przy drażnieniu kory mózgowej i odwrotnie — w korze mózgowej, przy drażnieniu kory móżdżku. Badań autorowie dokonali na psach kuraryzowanych, a do drażnienia posługiwali się podnietą termiczną. Doświadczenia seryi I, w których drażniono korę mózgową a łączono z galwanometrem korę móżdżku, przekonały, że podczas drażnienia kory mózgowej występują prądy czynnościowe w obu półkulach móżdżku, jednakże często z przewagą półkuli przeciwległej. Okazało się przytem, że prądy takie czynnościowe występują tylko w korze półkul móżdżku, a w małym tylko stopniu, lub wcale nie, w korze robaka. Ważną jest również rzeczą, że powstanie prądów czynnościowych w móżdżku można wywołać głównie tylko przez drażnienie okolicy psychomotorycznej kory mózgowej, podczas gdy drażnienie płatu ciemieniowego jest mało skuteczne lub zgoła bez skutku. Fakt ten wskazuje, że właśnie okolica psychomotoryczna jest tą częścią kory mózgowej, która jest w związku czynnościowym z móżdżkiem, mianowicie z obiema półkulami móżdżku. — W seryi II doświadczeń drażniono korę móżdżku (półkul), a odprowadzano prąd od kory mózgowej. W małej tylko liczbie tych doświadczeń prądy czynnościowe, w ten sposób otrzymane, były mniej więcej równe co do natężenia i częstości prądom, stwierdzonym w badaniach seryi I, w znacznej zaś większości prądy w korze mózgowej występowały nader rzadko przy drażnieniu móżdżku. Należałoby stąd wnosić, że u psa podniety sensoryczne łatwiej przechodzą z mózgu do móżdżku, niż przeciwnie.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa: **O czynności sensorycznej części środkowej móżdżku (robaka).** Drażniąc w szeregu doświadczeń różne nerwy obwodowe psa, autorowie stwierdzili występowanie prądów czynnościowych w korze robaka móżdżku (vermis post., lobus medianus posterior). Przez porównanie z prądami czynnościowymi, które otrzymać można w takich samych warunkach z okolicy psychomotorycznej kory mózgowej, okazało się, że prądy czynnościowe w móżdżku, wywołane przez podniety dośrodkowe, nie są o wiele słabsze i rzadsze, niż spostrzegane w ten sam sposób prądy kory mózgowej. Drażnienie nerwów jużto kończyny przedniej, już też tylnej, a odprowadzanie prądu od robaka, mianowicie od tylnego robaka i od górnej jego powierzchni, wykazało brak ścisłej lokalizacyi sensorycznej w korze robaka. Ważną jest rzeczą, że i drażnienie nerwu błędnego powoduje zjawianie się prądów czynnościowych w robaku, podczas gdy w korze mózgowej nie daje ono wcale prądów czynnościowych. Kilkakrotne próby, w których łączono z galwanometrem również i półkule móżdżku, okazały znaczną przewagę prądów czynnościowych na korzyść robaka.

Stosunek redakcyi do autorów.

Do projektu zasad stosunku redakcyi pism lekarskich do autorów, przedstawionego na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich przez Dra Józefa Zawadzkiego (ob. »Przegląd lekarski« Nr 33) zgłosiliśmy kilka poprawek. Z uwzględnieniem ich przedstawia się projekt, który rozesłaliśmy wszystkim redakcyom pism lekarskich polskich, w postaci następującej:

1. Redakcyom przysługuje prawo przyjmowania i drukowania artykułów według własnego uznania oraz odrzucania artykułów, nie odpowiadających ich wymaganiom ze względu na formę, treść lub język; redakcya odpowiada całkowicie tylko za czystość języka, za treść zaś o tyle, o ile przeczy ona zasadom logiki i nauki. Nie należy odrzucać artykułów dlatego tylko, że autor stoi na innem stanowisku, niż ogólnie przyjęto, za treść bowiem wewnętrzną artykułu odpowiada autor. Redakcyi przysługuje prawo zaznaczenia w przypisku, iż nie zgadza się z poglądem autora.

2. Na decyzyę co do przyjęcia lub odrzucenia artykułu pozostawia się redakcyi sześć tygodni czasu od chwili złożenia artykułu w redakcyi. Brak po tym czasie odpowiedzi ze strony redakcyi oznacza przyjęcie artykułu. Artykuł, nie przyjęty przez redakcyę, ma być zwrócony autorowi w czasie nie dłuższym, niż 8 tygodni od dnia złożenia go w redakcyi, jeżeli autor zastrzegł sobie wyraźnie zwrot rękopisu. Artykuł, przyjęty przez redakcyę, a nie wydrukowany w ciągu pół roku z przyczyn niezależnych od autora, autor ma prawo wycofać.

3. Za artykuły wydrukowane autorzy otrzymują honorarya według norm, ogłoszonych przez daną redakcyę.

4. Redakcya ma prawo potrącić z honoraryum autorskiego koszt korekty t. zw. nadzwyczajnej, t. j. wszelkich zmian i dodatków, dodanych przez autora dopiero w korekcie, oraz koszt częściowy lub całkowity odbitek i klisz według norm, które mają być ogłoszone w każdym numerze.

5. Artykuły drukuje się w kolei nadesłania, ponieważ jednak zasady tej niezawsze ze względów techniczno-redakcyjnych można przestrzegać, byłoby pożądane, by redakcye pism lekarskich polskich w końcu każdego artykułu podawały datę otrzymania go w redakcyi, co w zupełności zabezpieczy autorom prawo pierwszeństwa.

6. Zwrot autorom niewydrukowanych artykułów drobnych i streszczeń pozostawia się uznaniu redakcyi.

7. Artykuły, nadsyłane do redakcyi, muszą być pisane czytelnie, na jednej stronie dowolnego formatu, nie mogą być kreślone; artykuły nieczytelne, o ile zostały przyjęte przez redakcyę, przed oddaniem do druku ze względu na korektorów i zecerów należy przepisać na maszynie. Byłoby pożądane, aby wszystkie artykuły, nadsyłane do redakcyi, były przepisywane na maszynie. Prace, z których autorzy życzą sobie mieć odbitki, należy opatrzyć napisem ».... odbitek« w »okładkach« lub »bez okładki«.

8. Redakcyom pism lekarskich wzbrania się drukowanie prac, omawiających działanie środków tajemnych, których skład nie został ujawniony przez autora w danej pracy lub poprzednio.

9. Prace, wydrukowane w jednem piśmie lekarskiem polskiem, nie mogą być drukowane w innem w całości, wolno natomiast drukować w pismach tygodniowych skrócenia i doniesienia tymczasowe z prac, które mają być drukowane następnie w pismach archiwalnych. Wydrukowane poprzednio w języku obcym prace Polaków nie mogą być drukowane w pismach lekarskich polskich w całości, wolno podawać z nich streszczenia, jak z innych prac autorów zagranicznych.

10. Redakcya ma prawo i obowiązek w interesie czystości języka: a) poprawiać nadesłane rękopisy pod względem gramatycznym i stylistycznym, b) wprowadzać do artykułu mianownictwo polskie według ogólnie przyjętego słownictwa, c) zastępować wyrażenia cudzoziemskie swojskiemi, d) tłómaczyć w przypiskach cytaty z autorów obcych, przytoczone w pierwowzorze.

11. Redakcya w interesie czytelników ma prawo skracać nadesłane rękopisy pod warunkiem, że przewodnia myśl artykułu pozostanie bez zmiany, a siła argumentacyi autora nie osłabnie. Wobec tego redakcya ma prawo usuwać: a) fakty, dawno i powszechnie znane z piśmiennictwa, b) opisy przypadków, spostrzeganych codziennie i w niczem nie wpływających na tezę, bronioną przez autora, c) tablice, grafiki, ryciny, rysunki itp., podane przez autora, o ile nie przyczyniają się, zdaniem redakcyi, do wyjaśnienia poruszonej w artykule sprawy lub dostatecznie zostały omówione w tekscie.

12. Przepisy powyższe powinno się drukować we wszystkich pismach i powtarzać przynajmniej raz na rok.

Obecnie zabrała w tej sprawie głos redakcya »Głosu lekarzy«, w którym (Nr 22) pisze Dr Szczepan Mikołajski, co następuje:

»Wogóle można się zgodzić na zasady, określone w powyższym regulaminie z pewnemi poprawkami, które między innemi wniosła Redakcya »Przeglądu lekarskiego«. Projekt uznaje tylko artykuły płatne i z tego powodu wzbrania równoczesnego drukowania pewnej pracy w różnych pismach, gdyż można ją oddać za pewne wynagrodzenie tylko jednemu pismu. Jeżeli jednak autor nie żąda wynagrodzenia lub jeśli redakcya z jakichkolwiek powodów honoraryum autorowi nie płaci, dlaczegożby autor był pozbawiony prawa dowolnego rozporządzania swą własnością, którego nie odstąpił redakcyi. Sądzę, że w takich wypadkach każde pismo za wiedzą i zezwoleniem autora może pracę jego przedrukować. »Głos lekarzy« nie płaci honoraryów autorskich i dlatego nie mieliśmy nic przeciw temu, aby artykuły, u nas drukowane, przedrukowywały inne pisma lekarskie, lub nielekarskie z podaniem źródła, jeśli tylko autor na to się zgodził. Często zdawało nam się nawet pożądanem, aby pracę z zakresu higieny publicznej jak najwięcej pism powtórzyło dla spopularyzowania zadań higieny. Nie każde pismo stać na opłacanie honoraryów. Z drugiej strony honorarya mogą być różnej wysokości stosownie do umowy między redakcyą a autorem i nie sądzę, aby za każdą pracę należało się to samo honoraryum, gdyż wartość prac bywa różna. Słusznie dodaje »Przegląd lekarski«, że koszt odbitek w całości lub częściowo ma prawo redakcya policzyć autorowi i potrącić z jego honoraryum. Nie wydaje mi się uzasadnionem żądanie, aby prace Polaków, wydrukowane poprzednio w języku obcym, nie mogły być drukowane w całości w pismach lekarskich polskich. Projekt nie podaje przepisów, odnoszących się do polemiki między autorami lub między redakcyą a autorem, a jednak unormowanie pod tym względem stosunku niejednokrotnie okazało się potrzebnem. Zwracanie autorom prac nieprzyjętych jest zbyt bezwzględnie określone. Słusznie dodaje tu »Przegląd lekarski«, że zwrot ma nastąpić tylko wtedy, gdy autor wyraźnie to sobie zastrzegł. Dodaćby jeszcze trzeba, że autor ma przesłać należytość na opłatę pocztową, która nie powinna przecież obarczać redakcyi, a przy przesyłkach poleconych za granicę i przy znaczniejszej objętości pracy może być stosunkowo znaczną. Jeśli autor nie zastrzegł sobie zwrotu i nie nadesłał potrzebnej opłaty pocztowej, nie może być mowy o automatycznem przypadaniu należytości za prace niedrukowane. W naszym redakcyjnym regulaminie przyjęliśmy zasadę, że wszystkie prace i artykuły mają być umieszczane z podpisem autora. Jeżeli regulamin niema się odnosić wyłącznie do prac naukowych, taki przepis byłby pożądanym«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 22. XI. posiedzenie, na którem Prof. Ciechanowski przedstawił preparat wrodzonej przetoki pęcherzowo-pochwowej i zmian w obu nerkach, a Prof. Bujwid miał wykład: »Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm. poniżej Krakowa«. W dyskusyi przemawiali Prof. Kostanecki i Dr Pisarski.

— Krajowa Rada Zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 18. XI. we Lwowie nad zwalczaniem duru brzusznego. W tejże sprawie obradować ma Rada Zdrowia 25. XI.

— W miejskim Urzędzie Zdrowia rozpoczął się 14. XI. kurs dla sanitaryuszy i dezynfektorów. Kurs, na który zapisało się 20 uczestników, potrwa 6 tygodni. Nauka na kursie obejmuje następujące działy: ogólne pojęcia o bakteryologii, właściwa dezynfekcya po ukończeniu i podczas choroby, zwalczanie chorób zakaźnych, wiadomości podstawowe z higieny o powietrzu, wodzie, gruncie, ubraniu, domach i mieszkaniach, o czystości, kanalizacyi i wodociągach; nadto początkowe wiadomości z anatomii i fizyologii i wreszcie niesienie pomocy w nagłych wypadkach. Tegoroczny kurs jest drugim z rzędu; pierwszy odbył się w roku ubiegłym, a trwał od marca do października. Wszyscy uczestnicy zdali egzamin i otrzymali patent, wszyscy też otrzymali miejsce w magistracie krakowskim, z wyjątkiem dwóch,

których przyjął magistrat w Tarnowie. Już po obsadzeniu posad zgłosiło się do magistratu krakowskiego kilka miast o przysłanie absolwentów kursu, jednakże wolnych absolwentów już nie było.

— W dniu 21. b. m. odbyło się posiedzenie miejskiej komisyi sanitarnej. Przed porządkiem dziennym Dr Schneider postawił wniosek, aby komisya sanitarna przedstawiła prezydyum miasta konieczność przyspieszenia sprawy budowy budynków sanitarnych. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. Naczelny lekarz miejski przedstawił stan chorób zakaźnych w ostatnich czterech tygodniach, zdał sprawę z działalności lekarzy szkolnych, z posiedzenia tychże lekarzy z dyrektorami szkół i z usiłowań stworzenia ambulatoryum dentystycznego dla ubogich dzieci szkolnych. W końcu zawiadomił komisyę o rozpoczęciu kursu dla dezynfekcyonaryuszy i sanitaryuszy. Komisya przyjęła sprawozdanie fizyka do wiadomości. Następnie obradowano nad dopuszczeniem lekarek w charakterze hospitantek na stanowisko lekarzy szkolnych. Komisya sanitarna oświadczyła się wszystkimi głosami przeciwko jednemu za dopuszczeniem lekarek na to stanowisko. W końcu poruszono sprawę kąpieli dla dzieci szkolnych i nieporządki w handlach wędlin.

— Dnia 12. XI. odbyło się we Lwowie posiedzenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Oprócz członków wydziału byli obecni Dr Damski z Krakowa, wybrany na Walnem Zgromadzeniu dla spraw Morszyna i Dr A. Sabatowski, który podczas sezonu kąpielowego pełnił obowiązki lekarza zdrojowego i zakładowego w Morszynie. Na posiedzeniu stwierdzono, że w roku 1911 wypłacono 14.175 kor. wdowom i sierotom tytułem pensyi i zapomóg (w roku 1910: 13.575, w roku 1909: 11.900). Na powyższy cel preliminowano na rok przyszły 15.000 kor. Dalej przyjęto do wiadomości zarządzenia biura, mające na celu uporządkowanie listy członków i ściąganie zaległości, a wreszcie badano stosunki Morszyna i przyjęto bilans na r. 1912. Uznano, że inwestycyjne wkłady w roku przyszłym nie są wskazane, a na konieczne wydatki, bez których prowadzenie zakładu byłoby niemożebne, przyznano potrzebne kwoty.

— Lekarze pomocniczy szpitala lwowskiego sformułowali w memoryale, przedstawionym Wydziałowi krajowemu, postulaty swe w sposób następujący:

1) Zniesienie podziału sekundaryuszy na sekundaryuszy I. i II. klasy i mianowanie ich przynajmniej na lat 4.

2) Podniesienie płac sekundaryuszy do 1700 koron rocznie, podwyższanie płac tych o 200 koron rocznie od drugiego roku służby począwszy i przyznanie pomieszkania, przynajmniej z dwu pokoi i przedpokoju składającego się, jakoteż wiktu I. klasy, względnie nadania im relutum na mieszkanie w kwocie 720 koron, a za wikt w kwocie 1080 koron rocznie.

3) Podwyższenie adjutów lekarzy pomocniczych do 1200 koron rocznie i podwyższanie płac tych o 200 koron rocznie od drugiego roku służby począwszy.

4) Uwolnienie lekarzy bezpłatnych od obowiązku pełnienia dyżuru w szpitalu powszechnym we Lwowie.

5) Przyznanie prawa do otrzymania raz w ciągu służby przy szpitalu powszechnym we Lwowie na przeciąg najwyżej 6 miesięcy bezpłatnego urlopu, celem dalszego kształcenia się w zakładzie naukowym, z prawem powrotu na swe ostatnio zajmowane stanowisko; czasu spędzonego na takim urlopie nie wlicza się do lat służby szpitalnej.

6) Każdy lekarz pomocniczy płatny szpitala powszechnego we Lwowie, nie będący sekundaryuszem, a pełniący obowiązki z jakichkolwiekbądź przyczyn nieobecnego na oddziele sekundaryusza bez przerwy przynajmniej przez cztery tygodnie, ma pobierać przez czas zastępstwa pełne pobory sekundaryusza najniższej kategoryi płacy. Adjutum zastępującego lekarza przechodzi przez przeciąg czasu zastępstwa takiego na najstarszego według tury lekarza pomocniczego nieadjutowanego, zawsze jednak w kwocie najniższej kategoryi płacy.

Lekarz nieadjutowany, pełniący obowiązki lekarza adjutowanego lub sekundaryusza bez przerwy przynajmniej przez cztery tygodnie, pobierać ma przez cały ten czas adjutum najniższej kategoryi płacy.

7) Ubezpieczenie bezimienne 4 lekarzy na koszt funduszu krajowego:

a) na wypadek choroby, spowodowanej skutkiem pełnienia obowiązków w szpitalu powszechnym we Lwowie;

b) na wypadek wynikłej stąd trwałej niezdolności do pracy zawodowej;

c) na wypadek wynikłej stąd śmierci;

d) na wypadek odpowiedzialności zawodowej (Haftpflicht).

8) Założenie księgozbioru z dzieł i czasopism lekarskich i oddanie go do użytku lekarzy szpitala powszechnego we Lwowie w lokalu, wyłącznie na ten cel przeznaczonym. Koszt założenia i utrzymania księgozbioru tego ponosi fundusz krajowy, a każdy płatny pomocniczy lekarz szpitala powszechnego we Lwowie przyczynia się do utrzymywania księgozbioru kwotą 12 kor. rocznie, ściągalną w ratach miesięcznych z góry przy wypłacie gaży.

9) Zmiany powyższe 1—9 wchodzą w życie z dniem 1-go stycznia 1912 roku. Sekundaryusze i lekarze adjutowani szpitala powszechnego we Lwowie, przed tym terminem zamianowani, pozostają w służbie nadal na warunkach w całej ich rozciągłości, z dniem 1-go stycznia 1912 roku unormowanych.

— »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« ogłosił sprawozdanie ze swej działalności w pierwszym roku istnienia. Zaraz po zawiązaniu się wydał »Związek« szczegółowy »Pamiętnik I krajowego Zjazdu przemysłowo-balneologicznego«, poczem zabrał się do pracy nad własną organizacyą, dwukrotnie przekształcając statut i regulamin, oraz nad poinformowaniem wszelkich władz i odpowiednich instytucyi o swych celach i zakresie działania. W dalszym ciągu wyjednał »Związek« dla szeregu zdrojowisk różne udogodnienia (poczty, telegraf, telefon, drogi dojazdowe, ulepszenia ruchu kolejowego, zniżki asekuracyjne dla budynków drewnianych i pożyczki hipoteczne na takie budowle, ulgi podatkowe). Starania Związku o zorganizowanie obrony pożarnej w zdrojowiskach i wspólnej reklamy, nie odniosły dotąd należytego skutku; również zbyt mały skutek wywarły starania »Związku« o wprowadzenie przez zarządy zdrojowe zniżek dla leczących się w III sezonie, coby znacznie podniosło frekwencyę tego sezonu i udostępniło leczenie zdrojowe także warstwom mniej zamożnym. Natomiast starania »Związku« o zwiększenie frekwencyi zdrojowisk w I sezonie wydały owoce bardzo pomyślne. »Związek« rozesłał 10.000 egzemplarzy broszury T. Łazarskiego »O radyoczynności źródeł leczniczych krajowych« i rozsyłał bezpłatnie 12.000 egzemplarzy organu swego »Nasze Zdroje«, którego dotąd wyszło 18 numerów. W Biurze swojem we Lwowie udzielał »Związek« wszelkich informacyi o zdrojowiskach; liczba informacyi doszła w ubiegłym sezonie do 800. Cała ta usilna propaganda przyczyniła się też do wzrostu frekwencyi we wszystkich zdrojowiskach krajowych; niemniej zaznacza sprawozdanie, że skutek tej propagandy wtedy tylko będzie trwały, jeśli i zarządy zdrojowisk dołożą starań o podniesienie zakładów przez ciągłe inwestycye i usunięcie wielu istniejących dziś niedogodności. Głównie za staraniem »Związku« utworzyło się konsorcyum, które zakupiło i zamierza nowocześnie urządzić zdrojowisko »Szkło«. Również swemi staraniami doprowadził Związek do poważnego zainteresowania się sprawami zdrojowisk dwu instytucyi finansowych, z których jedna organizuje już towarzystwa akcyjne dla 2 zdrojowisk, a druga udziela zdrojowiskom kredytu budowlanego. W końcu zorganizował »Związek« II krajowy Zjazd przemysłowobalneologiczny w Krynicy i wycieczkę do Luhaczowic na Morawach, założył we Lwowie własną »Składnicę wód krajowych i przetworów zdrojowych«, podjął starania o stworzenie sezonów zimowych, o ułatwienia eksportu naszych wód zagranicę itp., oraz rozpisał konkurs na dwie naukowe prace balneologiczne z nagrodami po 500 koron.

— Celem podniesienia ruchu naukowego w dziedzinie balneologii ogłasza »Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk« konkurs na prace naukowe, na następujące dwa tematy: 1) Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową. 2) Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych. Termin nadsyłania prac do 3. maja 1912 r. Najlepsze dwie prace otrzymają po 500 koron nagrody. Prace nagrodzone, wydrukowane będą nakładem »Krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk« w »Naszych Zdrojach«, zaś 500 odbitek stanowić będzie własność autora. Prace należy nadsyłać pod adresem Zarządu Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów, Czarneckiego 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— »Nasze Zdroje«, rozpoczynające wkrótce trzeci rok wydawnictwa, przekształciły się w okresie pozasezonowym z miesięcznika na dwutygodnik.

— »Towarzystwo Biblioteki uczniów Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell.«, oddające już 49 lat niezmiernie pożyteczne usługi słuchaczom medycyny przez wypożyczanie i ułatwianie nabycia podręczników i przyrządów lekarskich, znalazło się w r. 1910/11, jak wynika z ogłoszonego właśnie sprawozdania, w położeniu trudnem. Złożyły się na to trudności w pomieszczeniu biblioteki, gdyż dotychczasowy lokal w gmachu kolegium Nowodworskiego okazał się konieczny na rozszerzenie Biblioteki Jagiellońskiej, a innego lokalu w gmachach uniwersyteckich nie można było znaleść; dalej znaczne zaległości u członków za nabyte za pośrednictwem Towarzystwa książki, a w końcu brak chętnych do pracy w Towarzystwie. Sprawę lokalu powiodło się jednak załatwić przez wynajęcie, do czego przyczynili się profesorowie i docenci Wydziału lek., ofiarowawszy na ten cel 505 kor.; energiczna akcya wobec dłużników uwieńczona została ściągnięciem 2.300 kor. zaległości, tak, że rachunki Towarzystwa zamknięto saldem 6.707·77 kor. (w poprzednim roku 3.909 kor.). Biblioteka Towarzystwa zwiększyła się o 125 dzieł w 152 tomach. Obrót w dziale pośrednictwa przy zakupnie podręczników i przyrządów lekarskich dla członków Towarzystwa wynosił 12.699 kor., ponieważ jednak zaległości w tym dziale wynoszą jeszcze około 3.000 kor., przeto nadwyżkę rozchodów pokryć musiała do czasu kasa Towarzystwa. W ciągu roku zorganizowało Towarzystwo 5 odczytów dla swych członków. Ankieta w sprawie życia umysłowego i fizycznego młodzieży uniwersyteckiej, urządzona w r. z., nie przyniosła spodziewanych wyników; we Lwowie zupełnie zawiodła, w Krakowie na 3000 rozesłanych kwestyonaryuszy uzyskano tylko 490 odpowiedzi; materyał ten nie został jednak opracowany. Biblioteka liczyła w r. z. 393 członków zwyczajnych i 100 nadzwyczajnych. — Na rok 1911/15 wybrano następujący zarząd: prezes Stefan Then, zastępca prezesa Kazimierz Kessel, skarbnik M. Grodecki, bibliotekarz K. Sęczyk, czasopiśmienny W. Jankowski, sekretarz S. Tomiak; komisya sprawdzająca: Z. Bujwidówna, W. Gosiewski, S. Hodbod, J. Konopnicki. Kuratorem biblioteki jest Prof. Dr Rosner.

— Towarzystwo »Bratnia Pomoc Medyków Uniw. Jagiell.« liczyło w r. 1910/11, trzecim swego istnienia, 8 członków założycieli, 1 wspierającego i 216 zwyczajnych. W funduszu obrotowym miało Towarzystwo 6390·49 kor. dochodów, a 4064·06 rozchodów, wśród których najważniejszą pozycyą są pożyczki, udzielane członkom Towarzystwa (3550 kor.). Na pożyczkach, udzielonych w latach poprzednich, pozostaje 2818 kor. Oprócz tego posiada Towarzystwo fundusze pożyczkowe dla rygorozantów (około 1400 kor.) i fundusz stypendyjny (102 kor.). W r. z. urządziło Towarzystwo 2 wycieczki do zdrojowisk galicyjkich, które prócz korzyści naukowych dla uczestników, przyniosły Towarzystwu pewien dochód. Prezesem Towarzystwa był p. Bohdan Zakliński, kuratorem Prof. Dr Kostanecki.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 12. X. do 18. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 11 † 4 (w tem obcych 5 † 1), krztuśca 8 † — (1 † —), ospy wietrznej 1, płonicy 21 † 2 (2 † 1), odry 13, duru brzusznego 6 † 1 (2 † —), czerwonki 1 † — (1 † —), gorączki połogowej 2 † 2 (1 † 1), róży 4 † 1 (1 † 1), tężca 1 † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 9. XI. 1911 przedstawił Dr Zdzisław Dmochowski komunikat p. t. »Nowa teorya powstawania nowotworów« (doniesienie tymczasowe).

Poznań. Na Walnem Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu w d. 29. X. b. r. było przedmiotem obrad leczenie choroby Basedowa, przedstawione przez czterech referentów ze stanowiska różnych gałęzi medycyny (Prof. Kryński z Warszawy, Dr Jezierski, Karwowski i Stasiński).

Z różnych stron. W czasie demonstracyi chorych kobiet na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Wilnie pojawił się rewirowy, jakoby delegowany przez władzę, a jak się okazało, wiedziony tylko ciekawością. Na skargę, wniesioną do policmajstra przez prezesa Tow., Dr Wygodzkiego, odpowiedziano że »to się więcej nie powtórzy«. Wiadomość tę podaje »Gazeta lek.« (Nr 46) za »Rus. Słowem« (Nr 224).

— W Odessie obchodził jubileusz 35-letniej pracy na polu medycyny prosektor szpitala miejskiego i docent uniwersytetu Dr Chęciński, syn znanego pisarza Jana Chęcińskiego. Powinszowania składały Jubilatowi liczne deputacye od przeróżnych instytucyi, jak szpital miejski, stary i nowy, lecznica dla chorych umysłowych, stacya bakteryologiczna, szpital żydowski, Towarzystwo lekarskie, które ofiarowało Jubilatowi dyplom członka honorowego. Wieczorem odbył się bankiet przy udziale przeszło 50 osób, w tej liczbie Polaków: Dr Spira, Ambrożewicza i Jakubskiego. W czasie bankietu odczytano liczne telegramy gratulacyjne.

Ze swej strony składamy Jubilatowi serdeczne życzenia »Ad multos annos!«

Zmarli:

Dr Adam Szulisławski
profesor nadzwyczajny okulistyki w Uniwersytecie lwowskim.

Życiorys ś. p. Szulisławskiego ukaże się w jednym z następnych zeszytów.

Dr Karol Podgórski, Warszawianin w 35 r. ż. w gubernii permskiej; internista Prof. Ruge w Berlinie; Dr Eyvin Wang, redaktor »Norsk Magazin for Laegevidenskaben« w Chrystyanii.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Na podstawie orzeczenia fachowego udzieliło ministerstwo spraw wewnętrznych firmie »**Radiumwerke Neulangbach**« prawo sprzedaży radyoemanacyjnych preparatów na polecenie lekarskie wprost interesentom. Równocześnie poddało wyżej wymienione ministerstwo skład centralny »Radiumwerke Neulangbach« we Wiedniu rządowej kontroli, licząc się z trudnością, jakie próby miernicze stawiają lekarzom, którzy tylko w najrzadszych przypadkach mają konieczne aparaty miernicze dla radyoaktywności.

Przez to rozporządzenie mają lekarze i sanatorya sposobność nabycia preparatów leczniczych RE o wysokiej i najwyższej aktywności.

Wskazania dla radyopreparatów RE: skaza moczowa, skaza dnawa, reumatyzm stawowy (ostry i podostry), niedokrwistość, nerwice organów trawienia, ogólne osłabienie.

Preparaty RE dla wód do picia i inhalacyi: neuralgie, (ischias etc.) choroby skórne.

RE preparaty obłożne (nowotwory).

RE preparaty opromieniające.

Biuro centralne sprzedaży »Radiumwerke Neulangbach« obejmuje także instalacye emanatoryów radiowych na podstawie zasad czysto naukowych, na wzór emanatoryum urządzonego przez tęż firmę na I. klinice medycznej we Wiedniu.